FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 181.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 24 juillet 1858,

Par Louis-Édouard de BRONDEAU,
né à La Croix-Blanche (Lot-et-Garonne).

DES

AFFECTIONS SYMPATHIQUES DE L'UN DES YEUX,

A LA SUITE D'UNE BLESSURE DE L'AUTRE OEIL.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les divses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1858

1858. – de Brondeau

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	.....
Physiologie	BÉRARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacie	SOUBEIRAN.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. N. GUILLOT.
Pathologie chirurgicale	J. CLOQUET. DENONVILLIERS.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD, Examinateur. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER, Président. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.	MM. LASÈGUE.
BARTH, Examinateur.	LECONTE.
BÉCLARD.	ORFILA.
BECQUEREL.	PAJOT.
BOUCHUT.	REGNAULD.
BROCA.	A. RICHARD.
DELPECH.	RICHET.
DEPAUL.	ROBIN.
FOLLIN.	ROGER.
GOSSELIN.	SAPPEY.
GUBLER.	TARDIEU.
GUENEAU DE MUSSY, Examin.	VERNEUIL.
JARJAVAY.	VIGLA.

A LA MEMOIRE

DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MON AMI

ERNEST GODARD,

Interne des Hôpitaux de Paris.

A TOUS MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE BORDEAUX ET DE PARIS.

L'idée de cette thèse et les observations qui y sont rapportées m'ont été communiquées par M. F. Dubois, de Bordeaux, ancien chef de clinique de M. Sichel; c'est pour moi un devoir de lui en témoigner ici toute ma reconnaissance.

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22392130

DES

AFFECTIONS SYMPATHIQUES

DE L'UN DES YEUX,

A LA SUITE D'UNE BLESSURE DE L'AUTRE OEIL.

> Deux nerfs d'une même paire sympathisent souvent entre eux. On connaît en médecine les rapports qu'il y a entre les deux optiques ; l'un étant troublé dans ses fonctions, souvent l'autre le devient aussi.
>
> (X. Bichat, *Anat. gén.*, t. I.)

Dans ce travail, nous avons pour but d'étudier un ordre de faits généralement peu connus, en France surtout, et qui, par leur fréquence et leur gravité, méritent cependant de fixer toute l'attention des praticiens. *L'un des yeux étant atteint d'une lésion traumatique, l'autre éprouve une série de modifications morbides, qui paraissent n'avoir d'autre raison d'être que l'état de l'organe frappé le premier.* Déterminer par l'observation en quoi consistent ces effets secondaires ou sympathiques, rechercher les conditions qui en favorisent l'apparition, essayer d'en saisir le mécanisme, étudier leur marche, leur terminaison, leur pronostic, et le traitement qu'ils réclament : tel est le sujet de cette thèse. Ces accidents sont loin d'être aussi rares qu'on veut bien le dire, puisqu'un seul chirurgien, dans l'espace de deux ans, a pu les observer vingt-quatre fois. Dans toutes ces observations, une lésion traumatique a été le point de départ

de la maladie ; nous aurions craint de compliquer la question en l'agrandissant, et c'est dans le but de rester sur le terrain de l'observation positive et pour ainsi dire expérimentale, que nous avons laissé de côté les faits de sympathie oculaire où des maladies spontanées de l'un des yeux tiennent lieu des lésions traumatiques. Loin de nier la similitude de ces deux ordres de faits, nous pensons au contraire, par les nôtres, donner une plus grande force au rapprochement que l'on établit entre eux. Pour prouver, par exemple, que l'inflammation de l'œil droit peut faire naître sympathiquement celle de l'œil gauche, quel moyen plus sûr que de montrer cette lésion consécutive dans un cas où l'œil droit est surpris par un traumatisme grave? Cette démonstration acquise, l'esprit est mieux préparé pour démêler l'effet de la sympathie dans les cas plus complexes d'ophthalmie spontanée, de névralgie, d'amaurose, etc.

L'observation physiologique la plus superficielle suffit pour montrer entre les deux yeux un consensus des plus apparents ; en constatant ce fait merveilleux que la vision est simple avec un organe double, en voyant les mouvements de l'un des globes oculaires se combinant et s'harmonisant d'une manière si précise avec ceux de l'autre, les premiers médecins n'ont pas manqué de supposer entre les deux yeux une sympathie fonctionnelle, dont ils ont cherché à se rendre compte par des hypothèses plus ou moins ingénieuses. Le chiasma des bandelettes optiques, cette fusion si particulièrement intime de deux nerfs venus de côtés opposés, leur a paru contenir l'explication simple et facile des phénomènes physiologiques. Conclure de la communauté de fonctions et de structure à la communauté de souffrance, et partant à la répétition sympathique des mêmes accidents dans les deux yeux, c'était naturel, logique, inévitable, et ce n'est pas d'hier que ce pas a été franchi. Cependant, sur la question précise que nous avons en vue, c'est-à-dire sur les effets sympathiques du *traumatisme* oculaire, on trouve à peine quelques données dans les anciens auteurs, ou lorsque des faits qui s'y rapportent y sont mentionnés, ils ne sont ni interprétés ni généralisés. On dirait, et ceci ne s'applique

pas seulement aux écrits de nos devanciers, mais encore à plus d'un ouvrage moderne, on dirait que la sympathie des yeux, à l'état pathologique, est parfaitement connue, qu'elle est de ces faits incontestables qu'un auteur n'a besoin que d'indiquer en passant ; le plus souvent même il se borne à la sous-entendre, comme une de ces vérités banales dont il épargne à ses lecteurs les développements oiseux. C'est ce renvoi tacite à des travaux qui n'existent point, c'est justement là, croyons-nous, ce qui a retardé les progrès de cette partie de l'ophthalmologie ; car il faut arriver jusqu'aux auteurs contemporains pour voir ce point de science et de pratique traité avec le soin qu'il mérite.

A notre grand étonnement, malgré de patientes recherches dans les écrits hippocratiques, dans les œuvres de Celse, de Galien, et de tous les auteurs anciens dont nous avons pu lire soit le texte, soit des traductions, nous n'avons rien découvert qui eût rapport à la question de la sympathie morbide oculaire. Sans doute la synergie physiologique des deux yeux y est indiquée, et l'union ou le croisement des nerfs optiques envisagé comme le moyen dont la nature s'est servie pour harmoniser l'action de ces organes ; mais on n'y trouve rien de plus, et ce que la description anatomique promet, l'exposition pathologique ne le tient pas. Il faut cependant, croyons-nous, que la sympathie oculaire ait fait partie du dogme galénique, pour que Vésale l'ait attaquée si vivement ; sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, le grand anatomiste de la Renaissance, dans sa réaction contre les croyances traditionnelles, est allé un peu trop loin : c'est à lui que l'on doit l'observation célèbre de cet individu qui voyait, comme tout le monde, un seul objet avec les deux yeux, et chez lequel cependant les nerfs optiques étaient complétement distincts dans tout leur trajet, depuis leur origine au cerveau jusqu'à leur terminaison dans la rétine (*de Fabr. corp. hum.*, liv. IV, chap. 4). C'est là un fait exceptionnel, qui depuis paraît avoir été observé également par Valverda et Loësel (Morgagni, lettre 13).

Joint aux preuves d'anatomie comparée recueillies dans ces derniers temps (Physiologie de Longet, chap. 2, page 282), il tend à démontrer que la vision simple peut s'opérer en l'absence de tout croisement et même de toute coalescence des nerfs de la deuxième paire ; mais, s'il paraît établi que la coïncidence des deux images rétiniennes et la perception d'une image unique se font dans le cerveau lui-même, cela ne prouve certainement rien ni contre le croisement partiel des deux nerfs optiques, ni contre l'importance physiologique et pathologique de leur union intime.

Mais revenons à notre sujet : à part des discussions peu instructives sur la manière dont les nerfs se comportent dans le chiasma et sur le rôle de cette commissure, nous n'avons presque rien trouvé qui se rattachât à l'objet de ce travail avant le XVIIe siècle.

Peut-être, en cherchant de nouveau, rencontrera-t-on quelques observations qui nous ont échappé ; mais ce dont nous doutons, c'est que jusqu'à l'époque indiquée, aucun auteur ait songé à rassembler ces faits isolés et à en tirer une conclusion générale ; à l'égard même des simples faits, on peut s'étonner de n'en trouver aucune trace dans le riche compendium de Schenk (1584).

Dans le tome III de la *Bibliotheca medico-practica* (1696, p. 636), figure la première observation, à nous connue, d'altération sympathique de l'œil à la suite de traumatisme ; elle est ainsi conçue :

« *Cæcitas altero oculo læso.* Heri vidi filiam consulis cujusdam in Cimbria, cujus «dexter oculus vulnere per cultrum improvise impactum visu orbatus, eo vero «oculo persanato, sed sine visu sinistrum oculum antea sanum cataracta inci«piens aggreditur : forte quod ad oculum læsum humores affluere jam sunt as«sueti : aqua ophthalmica ex chelidonio majori aliisque videbimus quid posthac «efficere valeamus. Thomas Bartholinus. »

Nous avons parcouru tout Bartholin sans pouvoir retrouver cette observation.

M. Jobert, à la page 137 de son livre sur les *Plaies par armes à feu,* en recommandant l'extraction des corps étrangers de l'œil et de

l'orbite, et en signalant le danger que l'inobservance de ce précepte peut entraîner, cite Bidloo (1649-1713) comme ayant recueilli un fait de nature à entraîner la conviction ; c'est l'observation d'un blessé

«dans l'épaisseur de l'œil duquel était plongé un éclat de bois long et irrégulier; l'extraction n'ayant pu se faire sans débridement, on coupa le corps étranger au niveau de la cornée, et on abandonna le reste dans la certitude que la suppuration l'entraînerait plus tard au dehors. Le chirurgien fut cruellement trompé dans ses prévisions: l'inflammation fut extrême, *elle se communiqua à l'autre œil,* et ce ne fut qu'avec grande peine qu'on put conserver celui-ci.»

Nous n'avons pas été à même de vérifier cette citation.

Du XVIIe au XIXe siècle, les recherches que nous avons faites ont été presque entièrement infructueuses ; mais nos bibliothèques et nos bibliothécaires ne nous ont pas permis d'en faire davantage. Voici une observation bien remarquable ; elle est extraite du tome II, 2e partie du *Traité des nerfs* de Tissot (Paris, 1780), où l'on trouve en outre des considérations fort judicieuses sur la sympathie.

«J'ai vu une dame qui éprouva un accident singulier qui ne pouvait dépendre que de cette cause (le consensus de la cornée avec le nerf optique); il lui sauta assez fortement dans l'œil une graine de gentiane, qui en sortit bientôt après; elle n'en ressentit qu'une faible incommodité, mais au bout de quelques moments elle s'aperçut qu'elle ne voyait presque plus de cet œil. Elle fit chercher un chirurgien, très-bon oculiste, qui trouva tout l'iris si rapetissé qu'elle était évanouie; on n'en apercevait rien, et la prunelle occupait toute la cornée ; on ne voyait qu'un trou noir dans l'œil. Cet état dura vingt-quatre heures; alors la vue se rétablit, et l'iris reprit son étendue naturelle ; mais il resta une *si grande sensibilité* DANS LES YEUX pendant plusieurs mois, qu'ils larmoyaient incessamment, et la malade ne pouvait s'appliquer à rien. Au bout d'un an, *ils* étaient encore très-faibles ; c'est alors que je vis la malade pour d'autres maux.»

Cette circonstance, que Tissot a été appelé à soigner cette malade «pour d'autres maux,» nous fait soupçonner qu'il s'agit d'une hystérique ; il ne faut rien moins, en effet, que la susceptibilité excessive

qui se rencontre chez des personnes névrosées, pour que la sympathie oculaire se manifeste à l'occasion d'une commotion si légère avec une intensité si grande.

Nous trouvons dans le tome II du *Traité des maladies des yeux*, de Demours (Paris, 1818), les observations suivantes, qui ne sont accompagnées d'aucun commentaire.

(Page 491) «Mlle A. de L..., de Bar-le-Duc, regardait travailler un cordonnier, qui, par un mouvement brusque pour frotter son œil, déchire du bout non acéré de son tranchet la cornée et l'iris de cette jeune personne. Elle a 14 ans, sa constitution saine; elle n'est pas réglée.

«Inflammation aiguë, et malgré tous les soins, les saignées, sangsues, etc., l'œil sain est le siége d'une ophthalmie aussi grave qu'opiniâtre. Après plusieurs mois seulement, on peut visiter les yeux; voici leur état : œil traumatisé, oblitération de la prunelle; l'autre, la cornée est assez nette, mais le cristallin est opaque, la pupille reste contractée même dans l'obscurité, et présente en avant une convexité qui n'est pas naturelle; néanmoins la petite ouverture suffit pour que la malade distingue avec assez de facilité les objets colorés placés près d'elle.

«La sensibilité est si exaltée, qu'il semble impossible d'extraire ou déplacer le cristallin avant d'avoir ramené le calme. — Traitement infructueux; elle est restée aveugle.

(Page 509) «Mme F..., de Limoges, 41 ans, reçut un coup de fusil chargé à petit plomb. L'œil droit atteint fut flétri; le gauche est resté bon pendant un an après l'accident; depuis, la vue s'y est affaiblie au point qu'elle y voit très-mal. La prunelle est dilatée, surtout depuis un mois. On la conduit à Paris.

«Il y a paralysie de l'organe immédiat de la vue, et de plus menace d'opacité des milieux transparents. Une pareille combinaison rend cette maladie une des plus graves que l'on puisse rencontrer dans la pratique, cependant il n'est pas certain qu'elle soit au-dessus des ressources de l'art. — Traitement : émétique, eau de Balaruc, sel de Seignette, serpentaire de Virginie et sel volatil de vipère, vésicatoire à la nuque, fumigations toniques.» (17 janvier 1790. Demours, Grandjean, Becquet, Thibault.)

«*N. B.* Le traitement ne fit que retarder la perte de la vue; le glaucome se forma en 1791, et en 1817 elle était toujours dans le même état de cécité.»

(Page 504) «M. Leclerc, de Bazoche, près Falaise, 24 ans. Un grain de plomb mort dans l'œil droit, l'iris avait été détaché, cette espèce de pupille artifi-

cielle bouchée par une fausse membrane blanchâtre. En 1805, inflammation de temps en temps qui s'étend à l'œil sain ; en 1814, 1815 et 1816, l'œil gauche est affaibli ; le 6 septembre 1816, la pupille de l'œil sain est ovalaire, l'iris sourdement injecté, le cristallin de l'œil lésé complétement jaune. Quelques précautions ont éloigné le danger qui le menaçait. »

Citons encore quelques autres observations éparses, avant d'arriver à celles qui ont été systématisées par les chirurgiens anglais, sous le nom d'*ophthalmie sympathique*.

Auguste Bérard, en 1844, publia (dans les *Annales d'oculistique*, t. XI) un mémoire ayant pour sujet : *l'Opération de la cataracte faite sur un seul œil sans attendre que la cataracte soit formée dans l'œil opposée;* on y lit à la page 179 :

« L'opération expose non-seulement l'œil sur lequel on agit aux chances d'une inflammation qui peut en déterminer la perte, mais elle compromet parfois l'œil sain. Ainsi mon habile confrère, J. Cloquet, rapporte l'exemple d'un jeune homme qui devint aveugle à la suite de l'opération pratiquée d'un seul côté, parce que la vision ne se rétablit pas de ce côté, et que l'œil sain fut pris d'accidents graves qui en amenèrent la fonte purulente. »

Et à la page 183 :

« Les faits que j'ai observés me permettent de dire que la modification heureuse sous l'influence de laquelle la cataracte s'arrête ou rétrograde dans l'œil opéré se rencontre au moins sur la moitié des malades qu'on opère. Quelque étonnant que paraisse ce phénomène de physiologie pathologique, il est parfaitement établi, et je suis surpris de le trouver révoqué en doute par des personnes qui se livrent spécialement à l'ophthalmologie. Du reste, si certains phénomènes physiologiques s'accomplissent dans un œil par la seule raison qu'ils sont produits dans l'autre ; si l'iris se contracte d'un côté parce que les rayons lumineux impressionnent la rétine de l'autre œil ; si le globe oculaire que recouvrent les paupières suit exactement les mouvements de son congénère, seul appliqué à la vision ; pourquoi certains états pathologiques ne seraient-ils pas soumis à la même influence sympathique ? »

Mackenzie est le premier qui, dans son *Traité des maladies des yeux*, publié en 1844, ait systématisé l'*ophthalmie sympathique* et en ait donné un tableau presque complet; voici le résumé de son article, page 421 :

«Je vais maintenant attirer l'attention sur une maladie que mes collègues de l'hôpital de Glascow et moi désignons ordinairement sous le nom d'*iritis sympathique*. Cette inflammation s'est généralement montrée, dans toute la force du terme, intraitable entre nos mains, et comme elle succède à une lésion mécanique qui a déjà gravement altéré ou détruit l'autre œil, et dont elle est en réalité le résultat, son traitement fait peser une lourde responsabilité sur le médecin. Toutes les fois que je vois l'ophthalmie sympathique, même à son début, je sais que j'ai à lutter contre une affection qui, quelque légers que soient les symptômes présents, est une des inflammations les plus dangereuses auxquelles l'œil soit exposé.»

L'auteur dit que l'œil secondairement affecté s'enflamme, et cette inflammation se termine par l'atrophie ou l'amaurose.

Observation I. — Henry Paterson; coup contre un clou de l'œil gauche; inflammation secondaire de l'œil droit après neuf mois de souffrance; cet œil est un peu amélioré, plus tard on est forcé de pratiquer une pupille artificielle.

Obs. II. — Joseph Moore a l'œil droit ouvert par un copeau de fer; un mois après, inflammation de l'œil gauche, douleur, diminution de la vision après cinq mois; vision incertaine.

Obs. III. — James Dowine; œil droit blessé par un morceau de fer; sept semaines après, l'œil gauche s'enflamme; iritis violent; capsule opaque; exsudation; cécité de l'œil gauche.

Obs. IV. — Robert Finlay; cornée droite traversée par un tournevis; six semaines après, iritis violent de l'œil gauche à la suite d'une lecture assidue; après cinq mois, perte de l'œil gauche, cécité.

Obs. V. — James Gothson; l'œil gauche divisé par un coup sur une clef; six semaines après, iritis sympathique. Après quatre mois, vision légère.

Obs. VI. — David Mill; l'œil droit reçoit une parcelle de fer; après deux mois, l'œil gauche s'enflamme; deux mois encore après, cet œil est à peine apte à lire de gros caractères.

L'inflammation sympathique, paraissant se communiquer ordinairement après cinq semaines, peut survenir quelquefois longtemps plus tard. Dans les 6 cas rapportés par Lawrence, les accidents sympathiques se manifestèrent, dans 3 au bout de quelques semaines, 1 cinq ans, et les autres après plus de six semaines. Wardrop cite deux cas : pour l'un l'inflammation parut après six semaines, pour l'autre après un an.

Les lésions traumatiques qui, affectant un œil, ont plus de tendance à exciter l'inflammation dans l'autre, sont les plaies pénétrantes et déchirées, produites par des instruments tranchants ou des éclats de fer ou de pierre, ou des éclats de capsules fulminantes, lancées avec force contre l'œil.

On a vu un simple coup de bâton sur un œil altérer l'autre sympathiquement. M. Warthon Jones a vu un cas où un fragment de capsule fut implanté dans la sclérotique après avoir traversé la paupière inférieure ; l'œil frappé s'enflamma d'abord, puis l'autre ; un atrophié (le blessé), l'autre en voie de l'être.

Il cite aussi Mary Macshaffery, âgée de 26 ans, ayant reçu une grande quantité d'acide sulfurique dans un œil, la cornée est détruite, la paupière supérieure également, l'inférieure adhère au globe oculaire. Trois mois après, atteinte d'ophthalmie sympathique, elle ne pouvait lire les plus gros caractères. L'ophthalmie sympathique peut provenir encore de la présence d'un corps étranger dans l'orbite, qu'on l'ait extrait de suite ou qu'il y soit demeuré.

Si la plaie atteint la rétine, l'inflammation sympathique, dit-il, a encore plus de tendance à se manifester, et s'il s'écoule un peu d'humeur vitrée, c'est surtout alors qu'il la redoute, mais il ne croit pas que la lésion seule de la cornée et du cristallin puisse la produire.

Les plaies de l'œil qui ont de la tendance à produire l'iritis sympathique mettent ordinairement six semaines à se cicatriser, et lorsqu'elles sont cicatrisées, les malades usent trop tôt de l'œil sain.

Les symptômes locaux de l'ophthalmie sympathique sont ceux d'une iritis qui finit rapidement par l'amaurose et l'atrophie. Premier symptôme : obscurcissement de la vue ; rougeur zonulaire autour de la cornée ; coloration vert sombre de l'iris ; flexibilité de la cornée ; flaccidité de la sclérotique ; opacité de la capsule ; état verdâtre du cristallin ; insensibilité totale de la rétine ; douleur tantôt légère, tantôt violente ; intolérance ou non de la lumière ; diminution du globe et surtout de la cornée. Lawrence la compare à un grain d'orge horizontal ; selon Mackenzie, tous ces phénomènes sont produits sous l'influence de la rétine qui s'enflamme la première ; c'est une inflammation de *mauvaise nature*, qui ressemble à l'ophthalmie scrofuleuse interne ou arthritique des Allemands.

État général : pouls plein ; couenne du sang après la saignée, pâleur du visage

et constipation opiniâtre qu'il attribue à l'état sédentaire qu'occasionne le traitement de la lésion primitive.

Il rapporte encore l'histoire d'une petite fille qui, affectée de trichiasis, d'épaississement et d'opacité de la cornée pendant plusieurs années, vit tout à coup les mêmes phénomènes se produire dans l'œil opposé. Deux autres malades, qui, ayant un œil détruit, virent, après bien des années, l'autre atteint d'oscillations et d'obscurcissement très-marqué de la vue.

Le Dr Albers rapporte qu'un paysan reçut un coup de fourche dans l'œil droit qui lésa la cornée et l'iris. Trois jours après, opacité de l'œil gauche; en huit jours, une cataracte fut formée, la vue ne fut pas entièrement perdue. Opéré, six mois après, par le Dr Jung, il resta aveugle. Le Dr Albers demande si ce fait ne démontre pas la décussation des nerfs optiques; Himly répond par la négative et ajoute: en supposant que la lésion soit la seule cause de la cataracte et n'agit pas seulement en donnant l'excitation à une tendance à l'opacité déjà existante, on trouve fréquemment des exemples de consensus semblable entre les dents correspondantes des deux côtés pour l'explication desquels on ne peut invoquer ni décussation nerveuse ni communication. Cependant il reconnaît que les yeux sont les organes dont les nerfs sont le plus intimement liés d'un côté à l'autre, et dont les états morbides ont réciproquement le plus d'influence.

Enfin il admet une irritation de la troisième et cinquième paire, qui se transmettrait au cerveau et de là à l'autre œil, et une inflammation d'une rétine qui, de proche en proche, gagnerait l'autre.

Pronostic. Des plus fâcheux, il n'a jamais vu guérir un œil enflammé sympathiquement.

Traitement. Antiphlogistiques et altérants, et le moyen de M. Wardrop, qui propose de vider l'œil lésé. M. Barton, de Manchester, s'en est servi avantageusement; M. Crampton également.

A la page 21 des notes de la traduction du *Traité des maladies des yeux*, de Mackenzie, M. le professeur Laugier, l'un des traducteurs, rapporte l'observation suivante d'ophthalmie sympathique, qui, dit-il, vérifie l'excellent précepte donné par MM. Barton, Crampton et Wardrop, d'extraire le corps étranger par l'incision et l'excision de la cornée, pour arrêter les progrès de l'inflammation consécutive de l'œil sain; cette observation a été recueillie à l'hôpital Beaujon en juillet 1843.

«Édouard Pinet, âgé de 15 ans, est entré le 21 juillet salle Saint-Denis. Il s'amusait à faire éclater des capsules avec un marteau, lorsqu'un fragment de cuivre sauta dans l'œil droit, et y causa une vive douleur et un larmoiement abondant et d'une sécrétion mucoso-purulente. La conjonctive, très-rouge, formait un chémosis ; la cornée était déjà obscurcie, demi-opaque, et présentait à la partie interne et inférieure, à une petite distance de sa circonférence, une plaie déjà presque cicatrisée, évidemment la trace du passage du corps étranger. Derrière cette plaie, l'iris avait été incisé dans toute sa largeur depuis son bord adhérent jusqu'à la pupille. La chambre antérieure avait évidemment diminué d'étendue, et l'iris près de la plaie de la cornée était très-rapproché de celle-ci. Les douleurs étaient très-vives et fort exaspérées par la moindre tentative pour examiner l'œil; fièvre et insomnie. (15 sangsues à la tempe droite, compresses imbibées d'un mélange de laudanum et d'eau végéto-animale; diète; soulagement marqué. Nouvelle application de sangsues au bout de quatre jours.) Diminution rapide des douleurs et de l'inflammation sous l'influence de ce traitement, mais la vue est restée abolie et la cornée en partie opaque. Dès le principe nous avions annoncé que ce genre de blessure pouvait être suivie d'ophthalmie sympathique du côté gauche; toutefois nous avions différé l'extraction du corps étranger, et nous avouerons même que, disposé à nous tenir sur nos gardes contre l'inflammation sympathique, nous avions à cœur de vérifier l'exactitude de la méthode de M. Barton, de Manchester. Environ trois semaines après l'accident, à une époque où l'inflammation de l'œil blessé avait à peu près cédé au traitement, des douleurs se firent sentir dans la profondeur de l'œil gauche ; en même temps la conjonctive devint un peu rouge. Le 14 août, nous nous décidâmes à pratiquer une opération projetée depuis plusieurs jours; elle consista à inciser la cornée de l'œil blessé à l'aide d'un couteau de Wenzel, dont la lame rencontra le corps étranger. Le lambeau de la cornée fut excisé, un cataplasme appliqué sur l'œil. Le 15, le malade a trouvé dans le cataplasme un corps dur qu'il croit être le fragment de capsule qui a blessé son œil, mais il a eu la négligence de ne point le conserver. Toutefois le contact du couteau avec le corps étranger ne nous laissait aucun doute à cet égard. Le 16, le malade va bien, les douleurs de l'œil gauche se sont dissipées. Le 28, la plaie de la cornée est remplie par une cicatrice; aucune douleur n'a reparu dans l'œil gauche. Le 8 octobre, le malade sort parfaitement rétabli, sans difformité bien considérable de l'œil opéré, mais avec perte complète de la vision de ce côté-là.»

La *Gazette des hôpitaux* de 1849 (p. 496) renferme un mémoire sur l'*iritis sympathique*, par le Dr Tavignot; en voici le résumé :

«*Définition.* Iritis d'un œil à la suite d'une lésion traumatique de l'œil opposé. Signes : les mêmes que ceux indiqués par Mackenzie.

«Les lésions traumatiques et la présence de corps étrangers sont loin de produire toujours ces phénomènes ; l'auteur rapporte deux observations (l'une recueillie par lui, l'autre par M. de Castelnau, et publiée en 1842), où l'inflammation sympathique a manqué. Dans le premier cas, un fragment de fer était logé dans le cristallin ; dans le second, un corps étranger est resté deux ans dans l'orbite.

«L'auteur blâme Mackenzie de dire que lorsque l'iris est enclavé dans une plaie de la cornée et toujours dans un état de tension, il produit l'inflammation sympathique, ou qu'il faille encore que la plaie atteigne la rétine. Pour lui, ces phénomènes sont dus à la lésion traumatique du corps ciliaire.

«Il reconnaît que l'iris sympathique est une affection à part, mais il ne croit pas à sa gravité exceptionnelle ; c'est tout simplement une névralgie ciliaire sympathique qui produit d'abord une congestion, puis l'inflammation.

«Il croit ouvrir une nouvelle voie à la thérapeutique en comparant exactement le glaucome, qu'il appelle *glaucome névralgique*, à l'iritis sympathique, avec cette différence cependant que l'un est toujours chronique, tandis que l'autre a toujours une période d'acuité qui offre plus de chance de guérison.»

Voici maintenant l'observation de M. Tavignot, qu'il donne à l'appui de son opinion :

«M. C..., 30 ans, fermier près Dreux, le 25 juillet, arrangeait une de ses charrues ; un morceau de fer lancé par un coup de marteau mal appliqué sauta dans l'œil droit (goulon, morceau de fer assez gros) ; l'œil est divisé verticalement au delà de la cornée, toutes les membranes lésées, douleurs violentes, nausées ; l'œil se vide.

«Le 3 août, douleurs très-vives du moignon et de l'orbite. — Sangsues et vésicatoire.

«Le 26, un mois après, douleurs vives, obscurcissement de la vue du côté opposé. — Collyre au nitrate d'argent.

«Le 27 septembre. Injection réticulée de la conjonctive masquant la sclérotique, aspect brillant de l'œil ; iris gris rougeâtre, congestionné ; pupille rétrécie, déformée ; larmoiement, photophobie, vision presque nulle ; douleurs excessives de l'œil gauche ; l'œil droit est réduit à un moignon. (Calomel, 1 gramme ; camphre, extrait de belladone ; frictions avec onguent napolitain belladoné). Salivation.

«Le 30, eau de Sedlitz, etc.

«Le 12 octobre, le malade est bien, la vue est aussi bonne que possible; on ordonne le repos de l'œil.»

Les passages suivants des *Éléments de pathologie chirurgicale* de M. le professeur Nélaton (t. III) présentent avec le mémoire de M. Tavignot une ressemblance qui frappera tout le monde. On y trouve la description de l'*iritis sympathique* faite en ces termes :

(Page 127) «*Iritis sympathique.* On désigne sous ce nom une ophthalmie de *mauvaise nature* qui paraît avoir pour point de départ l'iris lui-même. Cette affection survient ordinairement quelque temps après une blessure grave de l'iris de l'œil opposé, un à deux mois par exemple. L'accident survenu à l'un des yeux, ayant ordinairement intéressé l'iris, le cercle ciliaire, la sclérotique, etc., a rendu cet œil impropre à la vision. L'ophthalmie qui se développe sur l'œil opposé, par une sorte de sympathie, a pour résultat ordinaire d'amener la perte de cet organe, de telle sorte que le malade devient complétement aveugle.

«Cette iritis offre, comme on le voit, une gravité extrême, ainsi que l'attestent d'ailleurs les observations publiées par Wardrop, Mackenzie, Lawrence, Jacob, Ammon, Tavignot.»

A propos de l'opération de la cataracte sur un œil, l'autre étant sain, l'auteur dit :

«Lorsque la cataracte n'existe que d'un côté, on a donné le conseil de ne pas tenter l'opération, parce que l'autre œil est suffisant aux besoins ordinaires de la vie, et qu'il peut résulter de l'opération des accidents tels qu'ils retentissent sur l'œil sain au point de compromettre la vision.»

Terminons par les citations suivantes, toutes empruntées aux *Annales d'oculistique* (1852; t. XXVIII, p. 123). M. Withe-Cooper, de Londres, rapporte qu'il a été souvent sollicité

«par des individus (généralement des artisans) dont un accident avait troublé mais non anéanti complétement la vue à l'un des yeux, de leur enlever l'œil malade, à cause de la gêne et de la confusion qu'ils éprouvaient à voir. On sait que les personnes atteintes de cataracte partielle à un œil ferment celui-ci pendant

la lecture, parce que son emploi jette la perturbation dans les fonctions de l'autre.»

Il reconnaît l'ophthalmie sympathique telle que l'a décrite Mackenzie.

Des Blessures de l'œil et de son extirpation, par Augustin Prichard, de Bristol (1854; t. XXXII, p. 172).

«Les blessures graves du globe oculaire sont souvent suivies de conséquences fâcheuses, même pour l'œil qui n'a point été atteint. Il y a environ quatre ans, j'ai enlevé un œil blessé chez un homme pour qui il était devenu une source constante de douleur, en même temps que, pendant neuf mois, il empêchait les fonctions de l'autre. Après l'opération, l'œil non blessé a repris sa force. Ce n'est pas une destruction complète et immédiate de l'œil non frappé qui amène alors la cécité, mais les choses se passent de la manière suivante : après une plaie contuse ou une perforation de la cornée et de l'iris, la capsule du cristallin se trouve ouverte, la lentille s'échappe alors en partie, et va comprimer l'iris, les procès ciliaires, et entretenir une inflammation interne de l'œil. En pareil cas, la vue est promptement détruite et l'œil s'atrophie ; l'autre éprouve alors souvent le même sort, par suite aussi d'une inflammation chronique des parties internes, développée sympathiquement.....»

«Je crois que, lorsqu'une inflammation chronique s'empare des parties internes de l'œil intact, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est l'extirpation de ce qui reste de l'œil blessé. Je n'aurais pas proposé ce moyen, si nous ne possédions pas la possibilité d'annihiler la souffrance.....»

Observation Ire. — J. B... s'introduit dans l'œil gauche un couteau de boucher, qui divise la cornée, l'iris et le cristallin ; deux jours après, cristallin opaque, lambeaux de capsules. Il guérit peu à peu et s'atrophie; l'œil droit devient sensible, photophobe; les larmes coulent en abondance. Pendant deux mois, il ne peut travailler ; la vue s'obscurcit. Dix semaines après, extirpation de ce qui reste de l'œil lésé. Au bout de six jours, l'œil gauche guérit; l'œil droit supporte mieux la lumière. Quatre semaines après l'opération, guérison ; il continue son métier.

Obs. II. — Un jeune garçon a reçu une boule de neige sur l'œil droit, qui s'est atrophié. L'œil gauche est le siége d'une inflammation interne, accompagnée d'adhérence de l'iris à la capsule, et d'un dépôt opaque sur la surface de celle-ci. Le traitement semble avoir arrêté l'affection.

Suivent 20 observations du même genre.

« ..... Cette série d'observations, dans lesquelles on voit des personnes de tout âge et de tout sexe qui n'avaient eu qu'un seul œil détruit par des accidents divers, tels que des coupures, des plaies par piqûre, ruptures de l'œil, et chez qui cependant il est survenu une série incurable d'accidents par l'altération consécutive de l'autre œil, me paraît démontrer le danger qu'entraîne la destruction d'un œil, et la nécessité, dans de pareils cas, de ne donner qu'avec beaucoup de réserve son opinion sur le résultat définitif probable. Je crois que le traitement à suivre est celui que j'ai recommandé, c'est-à-dire l'extirpation de l'œil blessé aussitôt que l'autre présente des symptômes d'inflammation grave. Mon opinion demande à être confirmée ; mais, quant à moi, je recommanderai vivement l'opération à toute personne qui me consultera en semblable circonstance. »

Extrait de la *Gazetta medica italiana Stati Sardi.* Le Dr Giacomo Albertetti, observations de la clinique du professeur J.-B. Borelli (*Ann. d'ocul.*, t. XXXIII, p. 146) :

« La quatrième est la plus curieuse ; il s'agit de plusieurs lésions organiques survenues spontanément dans un œil sain, à la suite de lésions identiques, déterminées dans l'autre œil par une violence extérieure. Une petite fille de 9 ans, d'une constitution saine, quoique délicate, avait perdu l'œil droit à l'âge de 5 ans, par suite d'un coup ou d'une chute ; peu à peu la vue s'affaiblit à l'œil gauche, qui bientôt ne se laissa plus impressionner par une vive lumière. Quand l'enfant fut présentée à l'hôpital, on constata à droite une diminution notable du volume, avec flaccidité du globe, cornée ratatinée, cependant encore transparente et présentant vers son centre une cicatricule à peine visible ; chambre antérieure effacée ; iris ridé, couvert d'une fausse membrane qui remplit en entier l'ouverture pupillaire ; cécité complète. L'œil gauche présentait tous ces mêmes désordres, à l'exception de la cicatrice. »

L'auteur donne ce fait comme un exemple frappant de la solidarité que l'identité de texture et de fonctions établit entre les yeux.

Dans le *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, par MM. Denonvilliers et Gosselin (Paris, 1855), on lit :

« Enfin on voit assez souvent, et la chose doit être notée comme un phénomène ordinaire dans les affections de l'organe visuel ; on voit, disons-nous, assez souvent l'inflammation s'étendre de l'œil blessé à celui qui n'a pas été touché. »

Et plus loin, p. 390, à propos des inflammations oculo-palpébrales :

«Elle (la photophobie) est directe ou sympathique : directe, lorsque la sensation douloureuse est produite par l'impression de la lumière sur l'œil malade lui-même ; sympathique, lorsqu'elle est produite par l'arrivée de la lumière sur celui des yeux qui est resté sain quand un seul est malade. La photophobie symphatique est très-rare, et ne s'observe guère que dans les cas où l'œil enflammé l'est à un très-haut degré et souffre lui-même de la photophobie directe la plus violente.»

De l'Inflammation sympathique du globe de l'œil, par R. Taylor, de Londres (1855 ; t. XXXIV, p. 256).

«La maladie qui fait le sujet de cet article se montre dans certaines circonstances et à des intervalles de quelques semaines à quelques années, à la suite de la destruction de l'un des yeux par une inflammation le plus souvent traumatique, mais qui peut être aussi idiopathique. Elle est loin d'être rare; c'est une des plus rebelles de toutes celles auxquelles l'œil est sujet; elle amène dans l'immense majorité des cas la cécité absolue; sa pathogénie est obscure; enfin le traitement généralement adopté est d'une inefficacité complète. Je pense donc qu'on accueillera avec indulgence les efforts que je vais tenter pour jeter quelque lumière sur ces différents points, d'autant plus que je ne considère mes remarques que comme des hypothèses et non des opinions dogmatiques démontrées.

J'ai recueilli dans cet hôpital huit observations pendant ces trois dernières années; plusieurs d'entre elles ayant déjà été publiées, je ne les reproduirai qu'en les abrégeant; les quatre premières appartiennent à M. Watson, qui a eu la bonté de m'en fournir les notes; les autres ont été recueillies dans mon service.

Obs. I. — George Watson, 14 ans, a perdu dans son enfance l'œil droit (il ne sait de quelle maladie); l'œil est affaissé. Depuis un an, la vue de l'œil gauche baisse ; la pupille, irrégulière, adhère en plusieurs points au cristallin ; le globe oculaire est enflammé.

On enlève la cornée droite ; l'inflammation diminue à gauche, puis guérit ; le cristallin extrait est crétacé.

Obs. II. — Rebecca Wilson, 7 ans, a perdu l'œil droit pendant son enfance, probablement suite d'ophthalmie purulente; staphylome, globe enflammé, affaiblissement de la vue à gauche, douleurs violentes avec paroxysmes.

Ablation de la cornée droite; on vide l'œil; guérison au bout de deux mois; cristallin crétacé.

Obs. III. — A H..., femme de 32 ans, staphylome à droite depuis longtemps, ne voit plus du tout de cet œil; inflammation de l'œil gauche.

On enlève la cornée; cristallin crétacé; guérison.

Obs. IV. — Femme de 35 ans, même histoire que les précédentes; guérison.

Obs. V. — J. Laxton, 35 ans, a perdu l'œil droit, il y a quatorze ans, à la suite d'une désorganisation lente, conséquence de la plaie pénétrante; il y a un mois, de ce côté même, photophobie, larmoiement, spasme des paupières. L'œil gauche s'affecta au même degré, moins la douleur; actuellement il ne peut regarder aucun objet. L'examen est impossible; il ne peut se guider.

Désorganisation complète de l'œil droit; ablation de la cornée; le cristallin est aux deux tiers crétacé; guérison en un mois.

Obs. VI. — E. Moss, 13 ans, se blesse l'œil droit avec des ciseaux, déchire la capsule du cristallin; trois mois après, atrophie, larmoiement, spasme, douleur, etc.; ne peut se servir de l'œil gauche. Ablation de la cornée (cristallin crétacé); guérison.

Obs. VII. — Susan Emberson, âgée de 31 ans; il y a dix ans, blessure pénétrante à gauche; morceau de bouteille de limonade gazeuse qui éclata. La vue de cet œil diminue; perte complète au bout de deux ans. Depuis quatre ans, elle en souffre de nouveau; l'œil droit s'est affaibli. Ablation de la cornée (cristallin crétacé); guérison.

Obs. VIII. — J. Holdsworth, 42 ans, mécanicien; morceau de fer sur les paupières closes; pas de déchirure. L'œil a perdu la vision au bout d'un mois; irritation lorsqu'il s'expose à l'air froid; douleur atroce. L'œil droit est légèrement atrophié. Depuis quatre mois, irritation et douleur sympathique à gauche. Ablation de la cornée; hémorrhagie, puis guérison.

Il trouve que Mackenzie a tort; le pronostic de l'affection sympathique n'est pas aussi grave qu'il le dit, mais ce ne sont pas les médications internes et les applications locales qu'il faut. Prichard ne devrait pas enlever le globe oculaire, c'est trop; lui se contente de la cornée. Jamais l'œil n'a suppuré; il reste un moignon admirablement disposé.

Il fait remarquer que c'est à la suite d'une affection idiopathique que l'œil primitivement affecté s'est atrophié: ce n'est donc pas toujours à la suite de blessures qu'arrive l'ophthalmie sympathique. Il ne faut s'occuper ni de l'objet

vulnérant, ni de la forme, ni de l'endroit qu'il atteint ; la blessure est la cause excitante, voilà tout.

La sympathie n'apparaît que lorsque l'œil blessé est complétement désorganisé ; quelquefois après plusieurs années.

Pour ces observations, il attribue tous les accidents sympathiques à ce que le cristallin, étant devenu crétacé, faisait l'office de corps étranger dans l'œil. Ce sont les idées de M. Watson, qu'il approuve en faisant observer que l'on voit quelquefois survenir à l'intérieur d'yeux détruits par une inflammation idiopathique ou sympathique qui donne naissance à des produits qui agissent comme corps étranger, ou qui, peut-être, dans certains cas, ont une action vénéneuse analogue à celle de la matière contenue dans les cataractes liquides.

En 1842, M. Serre, professeur à Montpellier, publiait dans les *Annales d'oculistique* (t. VII, p. 32) des faits opposés à ceux qui font l'objet du présent travail, et que par cela même nous ne pouvons pas passer sous silence. « Ils tendraient à démontrer, dit l'auteur, que l'inflammation de l'œil occasionnée par l'opération ou un agent vulnérant quelconque est susceptible jusqu'à un certain point de produire le même résultat (l'amélioration dans l'état de l'autre œil). »

1° Un malade de la Lozère ; oblitération de la pupille gauche et amaurose presque complète de l'œil droit. Pupille artificielle à gauche ; inflammation profonde ; la pupille réussit, mais la vision est nulle, tandis qu'à droite l'œil *redevint à peu de chose près* ce qu'il était auparavant, quand l'inflammation cessa à gauche ; mais tant qu'elle dura, le malade ressentit une amélioration dont il ne cessait de se louer.

2° Malade ayant une cataracte à droite et une amblyopie déjà très-avancée à gauche ; la vue s'améliora par la seule phlogose, suite de l'opération, qui se termina par une ophthalmie purulente par imprudence du malade, et l'œil se perdit, tandis que celui de gauche, amaurotique, parut au contraire se fortifier.

« C'est en réfléchissant à ces mêmes faits, que chez un malade atteint d'amaurose, j'ai été entraîné plus tard à plonger une aiguille à cataracte, dans le but de titiller la rétine qui correspond à la partie inférieure de l'œil, et de réveiller ainsi sa sensibilité. Son action n'a été que médiocre et temporaire, mais peut-être aussi par ménagement n'ai-je pas provoqué un degré suffisant d'inflammation ! »

Ces observations et les remarques dont M. Serre les a fait suivre paraissent, au premier abord, contredire l'idée d'une influence *nuisible* exercée par l'œil blessé sur l'œil intact; mais il n'en est rien. Nous acceptons dans toute leur étendue les conclusions de l'auteur que nous venons de citer, bien qu'à la vérité elles n'aient d'autre fondement que le dire des malades, et de quels malades? de deux amaurotiques, c'est-à-dire d'infortunés si prompts à se faire illusion. Encore une fois, nous admettons ces faits sans les discuter. En résulte-t-il que les nôtres soient avec eux en opposition formelle? A cette question nous ne saurions faire de meilleure réponse que celle-ci, puisée dans les *Leçons de chirurgie* de Hunter : « Le phénomène de la révulsion se rattache à la sympathie;... car la révulsion consiste à produire une maladie dans une partie pour guérir une maladie qui a son siége dans une autre partie, ce qui démontre que cette dernière, dans sa condition morbide, peut être affectée par une condition morbide que l'on développe dans une autre partie.... Dans certains cas, la sympathie soulage la partie irritée ou qui est le siége d'une action morbide. » Nous traduirions volontiers ce passage par cette proposition, qui nous paraît incontestable, à savoir : que la synergie et l'antagonisme ne sont que les deux faces du même phénomène : la sympathie.

DESCRIPTION GÉNÉRALE DES MODIFICATIONS SYMPATHIQUES DE L'OEIL, PAR SUITE D'UN TRAUMATISME DE SON CONGÉNÈRE.

Les modifications dont il s'agit, considérées en elles-mêmes, sont loin d'être identiques dans tous les cas; elles varient au contraire considérablement, selon les individus et selon l'époque à laquelle on les observe : tantôt ce sont de simples troubles fonctionnels, liés tout au plus à une congestion sanguine plus ou moins forte, tantôt elles consistent en des inflammations ou d'autres altérations de nu-

trition graves et permanentes. De là deux séries de faits dont nous allons successivement nous occuper, en avertissant toutefois que nous n'attachons pas une importance exagérée à la distinction que nous venons d'indiquer ; car dans maintes circonstances il est difficile d'affirmer l'absence de toute lésion, et dans mainte autre il est encore moins aisé de décider lequel a précédé, de l'altération matérielle ou du trouble physiologique.

1re SÉRIE DE FAITS. — *Troubles fonctionnels.*

La blessure de l'un des yeux, dans certaines conditions particulières que nous chercherons à déterminer plus tard, donne d'abord lieu dans l'œil opposé à quelques perturbations dynamiques soit de la vision elle-même, soit des fonctions qui y concourent; ces effets sympathiques sont les plus fréquents de tous, et il est hors de doute qu'on les constaterait encore plus souvent, si les médecins songeaient toujours à en rechercher l'existence et si, par leur faible intensité, elles n'échappaient pas quelquefois aux malades inattentifs. Sans compter les faits assez nombreux où elles paraissent n'être que le prélude des altérations qui atteignent la structure anatomique de l'œil, on peut citer des exemples dans lesquels ces modifications fonctionnelles existent seules et constituent toute la maladie. C'est ce que confirment les observations qu'on va lire :

OBSERVATION I. — *Inflammation traumatique de l'œil* droit ; *troubles sympathiques de l'œil* gauche.

B..., âgé de 46 ans, chauffeur-mécanicien, reçut, le 28 novembre 1857, un coup de manche à balai sur l'œil droit. Le lendemain, malgré cette forte commotion, il reprend son travail, et un fâcheux hasard fait qu'un petit morceau de fer vient frapper le même œil, qui s'enflamme, devient douloureux, et présente une rougeur très-vive. Aucun traitement sérieux n'est fait pendant quinze jours. Au bout de ce temps, l'œil droit est douloureux, il y existe une congestion sourde, l'iris est légèrement décoloré, la pupille rétrécie ; on voit autour de la cornée

une injection fine coupée par intervalles de gros vaisseaux variqueux. (25 sangsues au devant de l'oreille, purgatifs, frictions mercurielles, pédiluves, calomel à dose altérante.) Sous l'influence de ce traitement, l'inflammation diminue, mais une douleur obtuse persiste toujours.

L'œil *gauche*, sain jusqu'alors, est atteint de myodopsie et d'un affaiblissement intermittent de la vision. L'examen ophthalmoscopique n'y fait découvrir ni congestion ni modification aucune des parties profondes. (Repos des yeux, petits vésicatoires volants derrière les oreilles.) Dix jours après, l'œil gauche est complétement rétabli dans ses fonctions.

En résumé : traumatisme violent et inflammation consécutive de l'un des yeux ; dans l'autre, phénomènes morbides indiquant un mélange de faiblesse et d'irritation de l'organe visuel. L'absence constatée par l'examen ophthalmoscopique de toute congestion oculaire ne laisse pas que de donner une certaine importance à l'histoire de ce malade.

Obs. II. — *Ophthalmie traumatique de l'œil* droit; *ophthalmodynie de l'œil* gauche.

Le 10 avril 1857, B..., âgé de 38 ans, ouvrier mécanicien à Creysse (Dordogne), est blessé à l'œil droit : un petit fragment de bronze lancé avec une très-grande force atteint la cornée et la coupe en travers. Une iritis traumatique et une cataracte capsulaire pseudo-membraneuse avec synéchie postérieure sont la conséquence de cet accident. Un traitement énergique est mis en usage ; peu après l'inflammation diminue, mais l'œil droit demeure le siége de douleurs parfois assez vives et qui persistent pendant longtemps. Un jour, s'étant fatigué à son travail, B... commence à ressentir dans l'œil *gauche*, jusque-là parfaitement sain, des douleurs semblables à celles qu'il éprouve à droite. Cependant, au bout de douze jours, ces douleurs disparaissent spontanément, et l'œil gauche revient à l'état normal.

Quoique incomplète à plusieurs égards, faute de renseignements détaillés, cette observation n'est cependant pas dénuée d'intérêt ; elle nous montre : 1° relativement à la cause traumatique, une lésion assez profonde, dépassant la cornée, atteignant l'iris, la capsule du

cristallin, etc.; 2° quant à l'affection sympathique, il est à noter qu'elle n'a pas succédé immédiatement à l'accident, mais qu'elle s'est manifestée quelque temps après, à l'occasion d'un travail fatigant. Ces circonstances, jointes au peu d'intensité des phénomènes et à leur courte durée, laissent planer quelque doute sur la véritable signification de ce fait; mais, en le rapprochant d'autres plus simples, on sera porté à attribuer au moins une certaine part d'influence à la sympathie oculaire dans l'étiologie des accidents.

Obs. III. — *Ophthalmie suite d'un coup de feu dans l'œil* droit; *asthénopie de l'œil* gauche.

Jean D..., 27 ans, carrier à Langoiran (Gironde), est blessé à l'œil droit par un coup de fusil à soixante pas. Le projectile (l'arme étant chargée avec du petit plomb) traverse la cornée et déchire l'iris dans sa partie interne. — Fomentations froides.

Le 4 novembre 1857, voici quel était l'état de l'œil : hernie de l'iris dans la partie inférieure de la cornée, leucome adhérent, pupille modérément dilatée dans sa partie supérieure; chambres antérieure et postérieure remplies de portions de substance corticale opaque, provenant de la dilacération du cristallin; vision complétement abolie. Il est probable que le grain de plomb s'est logé dans le corps vitré.

Le lendemain même de l'accident, la vision de l'œil *gauche* s'est considérablement affaiblie sans qu'il y ait aucun signe d'inflammation, sans douleur orbitaire, ni photopsie, ni myodopsie. Dix jours après, bien que l'état de l'œil droit continuât à être le même, l'œil gauche se rétablit, l'asthénopie disparaît spontanément. Six grains de plomb sont disséminés dans la paupière inférieure gauche.

Ce fait présente plusieurs particularités importantes. Désordres traumatiques graves et profonds de l'œil droit, suivis très-promptement de faiblesse visuelle à gauche; chose remarquable, cet effet sympathique se dissipe promptement, malgré la persistance de la maladie qui lui a donné naissance. Dira-t-on que la commotion de l'œil gauche (dont la paupière inférieure contenait plusieurs grains

de plomb) a produit directement cette asthénopie passagère ? Nous objectons que l'altération de la vue n'est survenue que le lendemain de l'accident, ce qui diminue l'importance de cette cause mécanique.

Bien plus, il nous semble ressortir de l'analyse du fait lui-même que le trouble passager de l'œil gauche a paru lié moins à la commotion et à la déchirure de l'œil droit qu'à la violente inflammation consécutive à ces désordres.

Obs. IV. — *Ophthalmie traumatique de l'œil* gauche ; *amblyopie de l'œil* droit.

Mme R..., 51 ans, journalière à Saint-Martin-de-Cestas (Gironde), blessée en juillet 1857 à l'œil gauche par les barbes d'un épi de blé, présente au mois de septembre l'état suivant : la cornée, dans une grande partie de son tiers externe, est le siége d'un ramollissement et d'une ulcération profonde, à travers laquelle se présente un staphylome commençant de la membrane de Descemet ; il y a de plus un synchisis et de nombreuses synéchies postérieures. Le traitement a été très-incomplet.

Deux ou trois jours après la lésion de l'œil gauche, Mme R... s'est aperçue que la vision de l'œil *droit* commençait à s'affaiblir, et trois mois après, le 17 septembre, on constate l'existence d'un degré fort avancé d'amblyopie. La pupille est largement dilatée, immobile ; la malade se plaint de fatigue oculaire, de myodopsie, de photopsie, de douleurs vagues s'irradiant vers le front et la tempe. (Deux applications de sangsues au devant de l'oreille, calomel et soufre doré d'antimoine, à doses altérantes, frictions avec l'onguent napolitain, liniment calmant, chloroformé, pommade d'Autenrieth, vésicatoires volants, purgatifs.) Malgré ce traitement suivi avec persévérance pendant plus d'un mois, la vision s'affaiblit de plus en plus, et l'œil droit reste frappé d'amaurose commençante. La pupille est dilatée, le fond de l'œil d'un gris sâle ; l'ophthalmodynie et la kopiopie persistent toujours.

Nous croyons devoir insister sur la gravité des blessures produites, comme dans l'observation que l'on vient de lire, par des barbes d'épis, par des ajoncs, etc. C'est là une sorte de traumatisme plus dangereux qu'on ne le croit communément, et fécond en affections sympathiques de l'œil.

Quant aux effets sympathiques, ce n'est plus un trouble passa-

ger de la vision que nous observons chez cette malade, mais bien une amaurose dont on ne prévoit que trop l'incurabilité définitive.

La même gravité des accidents sympathiques se retrouve également dans les observations qui vont suivre.

Obs. V. — *Blessure de l'œil* gauche, *fonte de cet œil; amblyopie à* droite.

M. B..., huissier, 60 ans environ. En passant sur un trottoir, il fait sur le bord d'un seau une chute qui a pour conséquence une large blessure de la paupière inférieure et une violente commotion du globe oculaire gauche (des collyres excitants sont journellement administrés); il se développe une violente ophthalmie avec iritis et hypopyon. Un traitement antiphlogistique est mis en usage dans ces conditions, mais rien ne peut arrêter la fonte et l'atrophie de l'œil.

L'œil *droit*, jusqu'alors bon, est atteint d'un léger épiphora quinze jours après l'accident; il commence à s'affaiblir considérablement, au point de ne plus permettre au malade de signer ses actes judiciaires. Malgré tous les soins qui lui sont donnés, il conserve dans l'œil *droit* une amblyopie très-marquée.

La cause des accidents sympathiques est-elle ici la commotion de l'œil gauche? Faut-il au contraire la chercher dans l'ophthalmie interne qui a suivi, et qui paraît avoir été provoquée par un traitement irrationnel? L'une et l'autre supposition peut être admise. Par l'existence d'une inflammation vive, l'observation de M... se rapproche de celles qui la précèdent; par le fait de la commotion, elle a de l'analogie avec la suivante.

Obs. VI. — *Coup sur la tempe* gauche, *amaurose de l'œil correspondant; secondairement, amaurose de l'œil* droit.

S..., 53 ans, charpentier de navire. En tournant précipitamment la tête, il se heurte la tempe gauche contre un serre-joints en fer, et reçoit un coup si violent qu'il tombe à terre. Il survient une forte ecchymose, qui est combattue par des cataplasmes et des lotions avec l'eau de mauve. Quinze jours après, la vue commence à s'affaiblir. On applique quelques sangsues à l'anus, quelques vésicatoires, le malade est purgé; mais ce traitement, fait sans méthode après de

longs intervalles, n'empêche pas la vue de s'affaiblir graduellement. En décembre de la même année, l'œil gauche est complétement amaurotique.

L'œil *droit*, qui jusqu'alors avait été très-beau, commence à devenir un peu larmoyant; la vue se trouble par moments, puis revient, mais perd de plus en plus de sa force.

Le 7 avril 1857, il existe une amaurose double : décoloration très-marquée des iris; dilatation des pupilles, qui sont transversalement ovalaires; teinte verdâtre des chambres postérieures; les yeux sont constamment fixés en haut et agités d'un nystagmus caractéristique; la vue est entièrement perdue à *droite*, tandis que de l'œil gauche (côté correspondant à la commotion), le malade affirme y voir un peu, et pouvoir distinguer, quoique très-confusément, les gros objets, une maison, un arbre. (Dérivatifs assez énergiques : vésicatoires volants promenés sur le front, les tempes, derrière les oreilles; ventouses sèches sur la nuque, moxas, etc.) Aucune amélioration.

Cette observation mérite surtout d'attirer l'attention au point de vue étiologique. Ce n'est pas, comme dans les faits précédents et dans la plupart de ceux qui suivent, l'inflammation traumatique, mais bien la *commotion* de l'un des yeux, qui suscite dans l'autre des modifications morbides; et cependant la succession des accidents est telle qu'on ne saurait donner place à l'idée d'un même choc sur la région temporale produisant une double amaurose; l'intervention d'une influence sympathique nous paraît évidente. Plus loin nous verrons d'autres exemples de commotion suivie d'effets analogues, et qui fourniront un nouvel appui à cet manière de voir.

Citons encore d'autres observations d'amblyopie sympathique; malgré leur concision, nous espérons que, grâce à la mention du fait essentiel dont il s'agit de prouver la réalité et la fréquence, ces simples notes ne paraîtront pas dénuées de valeur.

Obs. VII. — *Commotion de l'œil* droit; *cataracte, opération, inflammation, amblyopie, et larmoiement de l'œil* gauche.

Gr..., sergent au 72e de ligne, en montant l'escalier de la caserne, reçoit du camarade qui le précède un coup de crosse de fusil dans l'œil droit (février 1856). Commotion violente, suivie de cataracte traumatique. En octobre 1857, opération (nul succès), et à la suite inflammation sourde du globe oculaire.

Le 18 décembre 1857. Depuis la lésion traumatique de l'œil droit, le *gauche* a commencé à s'affaiblir, et peu à peu Gr... en est arrivé à ne pouvoir lire plus de quelques minutes sans être forcé de s'interrompre; larmoiement habituel de cet œil gauche. — Repos absolu des yeux; traitement antiphlogistique, qui est bientôt abandonné.

Gr... est dans la nécessité d'aller rejoindre son corps; depuis on n'a pas eu de nouvelles de ce malade.

Obs. VIII. — *Inflammation traumatique de l'œil* gauche; *amblyopie congestive de l'œil* droit.

M..., 44 ans, est frappé, le 27 septembre 1856, d'un coup de fleuret boutonné à l'angle interne de l'œil gauche; il en résulte une plaie de la conjonctive oculaire, avec ecchymose assez prononcée; douleur vive.

Le lendemain de l'accident, M... s'aperçoit que l'œil *droit*, jusqu'alors très-bon, devient trouble; la pupille est dilatée.

Le 4 octobre, il existe une amblyopie congestive très-avancée de l'œil *droit*. (18 saugsues devant chaque oreille, purgatifs, opium pour calmer les douleurs oculaires, frictions d'onguent napolitain laudanisé, pédiluves, vésicatoires volants.) L'inflammation de l'œil gauche disparaît, l'état de l'œil droit demeure stationnaire.

Obs. IX. — *Blessure de l'œil* droit, *ophthalmie; amblyopie de l'œil* gauche.

C..., 51 ans, maçon à Aiguillon (Lot-et-Garonne), reçoit un coup de pierre sur l'œil droit qui devient le siége d'une violente inflammation. Un mois après, amblyopie assez prononcée de l'œil *gauche*.

Obs. X. — *Blessure de l'œil* gauche, *ophthalmie; amblyopie de l'œil* droit.

Gr..., 46 ans, charpentier de navire. Kératite traumatique, suite d'une perforation de la cornée gauche par un copeau de bois dur, mais mousse. Violente inflammation de l'œil gauche, perte de la vision de ce côté.

Sept semaines après, amblyopie de l'œil *droit* : le malade est dans l'impossibilité de lire; il ne distingue les objets que très-confusément.

Obs. XI. — *Inflammation traumatique de l'œil* gauche; *amblyopie de l'œil* droit.

J..., 17 ans, cultivateur. Le bout d'un parapluie vient frapper violemment l'angle interne de l'œil gauche; hémorrhagie, inflammation profonde du globe

oculaire ; par suite amaurose, avec chute de la paupière, et d'autres signes d'une paralysie de la troisième paire. — Traitement nul.

L'œil *droit* s'affaiblit; amblyopie légère qui ne permet pas au malade de distinguer nettement la couleur des objets.

Obs. XII. — *Inflammation traumatique de l'œil* gauche; *amblyopie de l'œil* droit.

P..., 16 ans, apprenti forgeron. Commotion de l'œil gauche et lacération de la cornée dans une étendue de 3 millimètres, violente inflammation suivie d'atrésie de la pupille et de la perte de la vision. Quelque temps après, douleurs sourdes dans l'œil *droit*, trouble visuel intermittent; l'œil s'affaiblit au point de forcer ce jeune homme à suspendre son travail.

Obs. XIII. — *Inflammation traumatique de l'œil* droit; *amblyopie et larmoiement de l'œil* gauche.

B..., vigneron, 36 ans, blessé à l'œil droit par une branche de vigne, est atteint de kératite avec iritis et hypopyon. Depuis l'accident, l'œil *gauche* présente un trouble notable de la vision et du larmoiement.

2e SÉRIE DE FAITS. — *Altérations matérielles.*

N'y eût-il que des faits semblables à ceux que nous venons de rapporter, qu'ils suffiraient pour faire accorder une grande importance aux effets de la sympathie oculaire. Mais une fois la réalité de ce consensus pathologique mise hors de doute, il est facile de prévoir que ses effets ne sauraient se borner toujours à l'excitation ou à l'affaiblissement de l'œil, mais qu'ils doivent également se traduire dans certains cas par des modifications persistantes de la circulation. C'est ce que l'observation vient démontrer, en nous faisant voir les altérations que le traumatisme de l'un des yeux produit secondairement dans les tissus et dans les milieux de l'œil demeuré sain jusque-là ; altérations qui sont pour la plupart de nature phlegmasique, ou tout au moins se produisent au milieu des phénomènes congestifs et inflammatoires.

Les faits qui vont suivre en offrent des exemples.

Obs. XIV. — *Ophthalmie traumatique de l'œil* gauche; *amblyopie de l'œil* droit; *défaut de transparence.*

F..., charpentier à Sauveterre (Gironde), 40 ans, constitution robuste, n'a pas eu d'aveugles dans sa famille, n'a jamais souffert des yeux. Le 29 avril 1855, il reçut un éclat de meule à moulin (silex) sur la cornée de l'œil gauche. Quelques moyens empiriques sont seuls employés. Trois semaines après la blessure, la cornée est ramollie, la chambre antérieure presque complétement disparue; l'iris, dont on aperçoit le grand cercle, est décoloré et paraît très-altéré; douleurs vives, léger larmoiement. Un traitement antiphlogistique, appliqué avec énergie, diminue puis fait cesser les douleurs; mais les progrès du mal ne s'arrêtent pas et l'œil menace de s'atrophier. Pendant près d'une année, le malade est perdu de vue; le 21 janvier 1857, il revient accusant dans l'œil *droit* une faiblesse (amblyopie), qu'il fait remonter à deux ou trois mois et qui est survenue, dit-il, sans cause connue.

Il se plaint, en outre, de douleurs occupant alternativement l'un et l'autre œil et qui augmentent, selon lui, la faiblesse de l'œil *droit*. Cet organe est le siége d'une photophobie très-intense et du singulier phénomène d'oxyopie. La lumière d'une bougie paraît au malade aussi grande que le globe d'une lampe. L'iris est en partie décoloré; la pupille dilatée, troublée par un nuage grisâtre; des vaisseaux engorgés parcourent la conjonctive sclérotícale.

Obs. XV. — *Blessure de l'œil* droit; *amblyopie et buphthalmos de l'œil* gauche.

Guillaume P..., 38 ans, meunier, demeurant à Venday, a été frappé en 1842, à l'œil droit, par une épine d'ajonc qui a pénétré latéralement entre les lames de la cornée. Après de nombreuses tentatives d'extraction, il survient une violente ophthalmie suivie de fonte de l'œil.

Environ quinze mois après l'accident, sans aucune cause appréciable, la vision de l'œil *gauche* s'affaiblit peu à peu; déjà à l'époque où l'ophthalmie avait succédé à la blessure, ce malade, dont les souvenirs paraissent très-précis, avait remarqué un peu de faiblesse de l'œil gauche; ce phénomène avait disparu au bout de quelques jours, pour revenir ensuite, et cette fois pour ne plus disparaître. Actuellement (octobre 1856), il voit tous les objets recouverts d'un épais brouillard; il en est arrivé à pouvoir à peine se conduire. Outre les lésions qui existent du côté droit et dénotent une phthisie de l'œil, on constate dans l'œil *gauche* l'état suivant.

Il y a dans tout l'organe un état de turgescence manifeste ; le malade se plaint de sentir son œil grossir sans cesse, et en effet, il est facile de reconnaître un certain degré de buphthalmos ; la pupille est modérément dilatée, sa forme transversalement ovalaire, l'ophthalmoscope paraît dénoter un commencement d'hydropisie.

L'œil est le siége d'une légère sensibilité anormale ; la vision ne s'exerce plus que par le tiers interne de la rétine ; pour voir les objets et encore très-confusément, le malade est obligé de tourner la tête de manière à mettre en rapport avec les objets la portion encore impressionnable de la surface rétinienne. Un traitement est prescrit à ce malade, dont on n'a pu obtenir de nouvelles depuis cette époque.

Obs. XVI. — *Blessure de l'œil* gauche ; *amblyopie de l'œil* droit ; *corps flottants dans le corps vitré.*

Pierre D..., domestique, 47 ans, à Genzac (Gironde), a reçu, en 1853, un coup de branche de pommier sur l'œil gauche. Commotion violente ; ophthalmie grave, abandonnée à elle-même, terminée par la perte complète de la vision ; synéchies antérieure et postérieure ; pupille presque entièrement disparue. Deux ans après cet accident, le malade s'aperçoit que l'œil *droit* est souvent larmoyant, et que la vision se trouble et s'affaiblit de plus en plus. Le 24 novembre 1857, une amblyopie très-avancée y est reconnue ; la pupille est transversalement dilatée ; en même temps, il existe une photophobie très-prononcée, et à l'examen ophthalmoscopique, les humeurs de l'œil semblent modifiées ; le corps vitré est ramolli (synchysis) ; des flocons brunâtres y flottent et se déplacent à chaque mouvement du globe oculaire.

Traitement antiphlogistique ; dérivatifs, mercuriaux ; aucune amélioration ; quelques mois plus tard, la cécité est complète.

Les trois observations que nous venons de rapporter ne se distinguent guère de quelques-unes de la première série que par les effets d'une hyperémie générale de l'œil, plus intense et plus ancienne. Concurremment avec une amblyopie, nous y voyons une altération des milieux de l'œil, une décoloration de l'iris, une saillie du globe, autant d'effets de la même cause, la congestion.

Obs. XVII. — *Blessure de l'œil* droit; *épiphora et rétinite à* gauche.

En mars 1857, M. L..., âgé de 31 ans, habitant Ganse, près Bazas (Gironde), se blesse en coupant une haie; une branche de prunier sauvage vint frapper l'œil droit, et une épine pénétra dans la cornée. Elle y séjourna six mois environ, puis l'extraction en fut faite; l'œil était perdu. L'année suivante, au mois de mai, après une lecture trop assidue, l'œil *gauche* se congestionne légèrement, et le malade est forcé à garder, pendant quelque temps, un repos absolu; divers moyens internes et externes sont mis en usage, et la congestion, dont le malade affirme avoir déjà éprouvé les symptômes très-peu de temps après l'accident, disparaît; mais elle laisse à sa suite un état chronique qui est attribué à une inflammation de la rétine. Il ne peut fixer aucun objet sans éprouver dans l'œil gauche une douleur assez forte, et qui augmente encore si l'objet est brillant ou vivement coloré. Il existe en outre un certain degré d'épiphora plus manifeste, lorsque M. L... veut se livrer à quelques travaux. Cependant l'œil ne présente aucun changement matériel appréciable : la cornée et l'iris sont sains, la pupille contractile, les milieux transparents. Les antiphlogistiques ont été d'abord employés, puis les antispasmodiques; l'action de ces derniers a été suivie d'une légère amélioration, mais le malade, satisfait de ce résultat, a discontinué le traitement, et l'affection n'a pas tardé à revenir.

Nous ne dissimulerons pas que le fait précédent prête à la discussion. L'apparition tardive des accidents attribués à la sympathie (un an après la blessure), l'existence d'une cause qui, pendant cet intervalle, a pu à elle seule exercer une fâcheuse influence (l'activité forcément exclusive d'un seul œil), et enfin cette circonstance que la congestion oculaire a manifestement succédé à un travail fatigant; ce sont là autant de motifs pour n'accepter que sous toutes réserves l'appui fourni par l'observation de M. L..., à la doctrine des affections oculaires sympathiques. Toutefois, ces réserves faites, il est permis de relever la particularité suivante :

La douleur et la photophobie de l'œil gauche ont paru se montrer, il est vrai, pour la première fois, un an après la blessure de l'œil droit; mais déjà le malade avait éprouvé des symptômes semblables, quoique moins accusés, très-peu de temps après l'accident,

à une époque où ni l'activité exclusive d'un seul œil, ni une fatigue immodérée ne pouvaient en rendre compte ; tout en faisant la part de ces deux causes, il semble donc rationnel de ne pas rejeter d'une manière absolue l'influence sympathique émanée de l'œil droit. Ne peut-on pas admettre que la sympathie, dont l'existence s'est révélée une première fois, comme conséquence presque immédiate de l'inflammation traumatique, a persisté depuis à l'état latent pour ainsi dire, et comme une sorte de prédisposition permanente pour l'œil gauche, à subir l'action des causes morbides occasionnelles ? En adoptant cette manière de voir, on comprend comment la fatigue de la vue a produit ici des effets si singulièrement exagérés, quand on les compare à ceux qu'elle détermine chez un individu placé dans les conditions normales ; on n'est pas étonné de la facilité avec laquelle, la prédisposition persistant, les mêmes causes ramènent de nouveau les mêmes symptômes.

Qu'il nous soit permis de présenter incidemment une dernière remarque sur cette observation. Le nom de rétinite convient-il bien aux phénomènes accusés par M. L... ? Nous ne le pensons pas ; reconnaissons néanmoins qu'il y avait chez ce malade hyperesthésie, et moins encore hyperesthésie optique que ciliaire ; mais, à part une légère congestion qui a paru à une certaine époque, et qui peut bien n'avoir été qu'un phénomène concomitant ou consécutif, nous ne trouvons aucun signe d'une véritable inflammation de la rétine ; la nature des symptômes, la persistance de la vision, les résultats négatifs de l'ophthalmoscopie, et jusqu'aux bons effets des antispasmodiques, nous autoriseraient à placer cette observation parmi les faits de la première série, et à y voir un nouvel exemple de modification purement dynamique de l'œil.

Obs. XVIII. — *Ophthalmie traumatique de l'œil* droit ; *rétinite, choroïdite et amaurose de l'œil* gauche.

L..., 30 ans, ajusteur-mécanicien au chemin de fer du Midi. Le 17 octobre 1856, un éclat d'acier chaud saute dans l'œil droit ; la cornée est déchirée et transper-

cée transversalement de gauche à droite. Porté aussitôt à l'hôpital, le malade est traité par des applications de sangsues, des frictions belladonées, des réfrigérants. Sous l'influence de ces moyens, l'inflammation disparaît presque entièrement; la vue reste seulement un peu trouble; mais, six semaines après, le malade étant toujours à l'hôpital, l'œil s'enflamme spontanément; le lambeau de la cornée, sans doute incomplétement réuni, se soulève en partie; l'iris se déplace; la pupille se déforme et devient transversalement ovalaire (collyre de zinc et de cuivre); inflammation violente des membranes internes, suivie de leur désorganisation et de la perte complète de la vision. Quelque temps après, l'œil droit est complétement atrophié.

Dès le début de cette lésion traumatique, c'est-à-dire au moment où il a été admis à l'hôpital, L... s'est plaint de l'œil *gauche;* il s'en servait avec peine. Trois mois après, amblyopie avec choroïdite et rétinite chronique; l'altération visuelle, à laquelle des antiphlogistiques et des dérivatifs sont opposés sans succès, augmente de plus en plus, et en septembre 1857, l'état suivant est constaté : conjonctive légèrement injectée, pupille dilatée. A l'examen, avec le miroir ophthalmoscope, on voit une congestion choroïdienne assez prononcée, et l'artère centrale plus développée qu'à l'état physiologique. Vue notablement affaiblie; cet homme ne peut lire quelques lignes sans éprouver une grande faiblesse, et encore lui faut-il pour cela fermer l'œil droit. De temps en temps, surtout après un travail assidu, la vision s'abolit; épiphora, photopsies très-fréquentes, un certain degré de photophobie.

Purgatifs, sangsues à l'anus, vésicatoires volants derrière les oreilles, repos absolu des yeux, régime doux, quoique nourrissant. La congestion diminue, les photopsies disparaissent, mais l'amblyopie reste.

Obs. XIX. — *Blessure de l'œil* droit, *ophthalmite de l'œil* gauche.

Mme L..., âgée de 22 ans, se heurte violemment l'angle externe de l'œil droit contre une rampe de fer. Sous l'influence de ce choc, la commissure palpébrale est érodée; il se produit une douleur assez intense et un peu de rougeur de la conjonctive; mais ces accidents cessent après deux jours environ.

L'œil *gauche,* jusque-là parfaitement sain, est pris, trois ou quatre jours après, d'une violente ophthalmite, qui est combattue avec toute l'énergie possible. Cependant, deux mois et demi après l'accident, en même temps que l'on constate l'état normal de l'œil qui a subi la commotion, on trouve les désordres suivants dans l'œil *gauche :* la cornée complétement détruite dans toute son étendue et remplacée par la membrane de Desmet, qui elle-même est tapissée à sa

face concave par l'iris devenu adhérent; la pupille irrégulière, déchiquetée; le cristallin entièrement opaque, comme crétacé, projeté en avant, adhérent à son tour à l'iris.

Il y a peut-être quelque hardiesse à considérer cette grave ophthalmie de l'œil gauche comme le résultat sympathique d'une lésion légère de l'œil droit. Et cependant quelle autre cause que le retentissement de ce traumatisme, de cette commotion, pourrait-on assigner aux désordres observés? Sans la circonstance de la blessure, l'étiologie ne deviendrait-elle pas ici un mystère impénétrable, et ne serait-on pas réduit à admettre une cause occulte, une maladie spontanée, c'est-à-dire une de ces conjectures qui déguisent mal notre ignorance? Il y a plus, l'intensité même de cette inflammation secondaire éloigne l'idée d'une ophthalmie spontanée, du moins est-il fort rare de voir se produire, sans cause connue, des dégâts aussi considérables; et si l'on objecte que l'effet paraît démesuré, en comparaison de la cause à laquelle on l'attribue, nous répondrons par l'observation VII, où la même disproportion se fait remarquer.

Obs. XX. — *Blessure de l'œil* gauche, *ophthalmie et perte de la vue de l'œil* droit.

Le 8 septembre 1855, Jean C..., 29 ans, fusilier au 96e régiment de ligne, reçoit à l'assaut de la tour Malakoff un éclat d'obus à la tête; il tombe par terre sans connaissance. Un quart d'heure plus tard, il est porté à l'ambulance, où l'on constate une plaie au niveau et en arrière de la bosse frontale gauche, et un traumatisme considérable de l'œil du même côté; cet œil suppure bientôt et se vide complétement.

Dès le surlendemain de la blessure, C... sent l'œil *droit* légèrement douloureux et larmoyant, état qui persiste jusqu'au 16 septembre, où une violente ophthalmie se déclare sans aucune cause extérieure appréciable. Au milieu de l'encombrement des ambulances à la suite de l'assaut, ce malheureux soldat ne reçoit que des secours incomplets; l'inflammation envahit toutes les membranes internes, et finalement l'œil droit est frappé de cécité. Malgré la présence d'un énorme lencome occupant près des trois quarts de la cornée, M. Dubois pratique avec un plein succès l'opération de la pupille artificielle (par iridectomie latérale interne). Rayé des rôles de l'armée, comme aveugle, C... a retouvé aujour-

d'hui assez de puissance visuelle pour parcourir sans danger et fort vite les rues les plus populeuses de Bordeaux.

Bien que les conditions d'encombrement au milieu desquelles ce malade s'est trouvé placé, introduisent dans l'étiologie de l'ophthalmie de l'œil droit un élément de plus, et qu'il soit difficile d'en apprécier la valeur, cependant on peut considérer comme établi : 1° que l'œil gauche a seul été atteint par le projectile, 2° que la sympathie oculaire s'est manifestée chez ce malade dès le troisième jour après l'accident par l'endolorissement de l'œil droit, le larmoiement. La question se réduit donc à savoir si c'est bien sous la même influence sympathique qu'a pris naissance la violente ophthalmie développée par la suite dans ce même œil. Or, en supposant que de nouvelles causes susceptibles de produire et surtout d'aggraver l'inflammation fussent intervenues, il n'est pas moins vrai qu'une certaine part d'action ne saurait être refusée au consensus sympathique, et même on ne sera pas éloigné de faire cette part très-large, lorsqu'on aura comparé l'observation de C... à l'observation XX.

Dans les trois faits qu'on va lire, la congestion sympathique de l'œil a produit, indépendamment de l'amaurose, une opacité plus ou moins complète du cristallin.

Obs. XXI. — *Blessure de l'œil* droit, *amblyopie et opacité commençante de l'œil* gauche.

Mme D..., âgée de 54 ans, de Dax (Landes), a été blessée en juillet 1857 par une feuille de maïs qui a donné lieu à une déchirure de la cornée droite; il en est résulté une kérato-conjonctivite aiguë avec iritis. Pour tout traitement, des collyres.

En novembre de la même année, les yeux présentent l'état suivant :

OEil droit. La pupille irrégulière et légèrement adhérente par sa face postérieure ; léger dépôt plastique sur la capsule antérieure, à la partie interne, et au bord de l'ouverture pupillaire ; vision faible. Mme D... ne peut se servir de cet œil pour lire ni pour écrire.

Côté gauche. Il existe un certain degré de fatigue oculaire (kopiopie), puis l'œil devient un peu sensible à la lumière ; la photophobie disparaît après une durée de huit jours, et alors la malade s'aperçoit que la vision est notablement affaiblie, et qu'elle ne peut pas plus se servir de l'œil gauche que de l'œil droit pour lire et pour écrire. L'examen au moyen de l'ophthalmoscope, indépendamment d'une congestion vasculaire, montre dans le cristallin quelques stries opaques.

Nous trouvons dans cette observation une nouvelle preuve de la gravité que présente l'ophthalmie traumatique déterminée par certaines portions de végétaux. La blessure produite par une feuille de maïs paraît se borner primitivement à une déchirure de la cornée, mais l'inflammation qui en est la suite pénètre au delà : l'iris, la capsule cristalline, se ressentent de son extension. L'œil gauche se prend consécutivement ; d'abord sa participation sympathique ne se révèle que par un simple trouble fonctionnel : kopiopie, photophobie ; mais un certain degré de congestion des membranes profondes ne tarde pas à s'y joindre (si même il n'a pas précédé ces symptômes), et le cristallin de cet œil éprouve dans sa nutrition un changement accusé par la présence de stries opaques dans son intérieur.

Obs. XXII. — *Blessure de l'œil* droit, *inflammation de l'œil* gauche, *et cataracte.*

Marie D..., 45 ans, journalière à Mestras (Gironde). En 1855, une branche d'arbre vient frapper l'œil droit ; il survient une violente inflammation de la cornée, avec iritis. Par suite du traitement mis en usage, la rougeur de l'œil disparaît complétement, mais il reste un leucome adhérent, avec cataracte pseudo-membraneuse, synéchies antérieure et postérieure, et abolition complète de la vision.

L'œil gauche, sur lequel existait un léger *néphélion* datant de l'enfance, s'est sensiblement affaibli depuis l'accident ; une inflammation sourde envahit les membranes internes, et une cataracte pseudo-membraneuse, produite par une exsudation plastique, remplit les trois quarts du champ de la pupille. Chez cette malade (qui elle-même regarde cette affection comme la conséquence de la lésion éprouvée par l'œil droit), un traitement énergique est mis en usage ; mais, en dépit de son énergie, il échoue, et cette pauvre femme conserve une vision juste assez bonne pour se conduire.

Les remarques que nous suggère cette observation sont celles que nous avons déjà faites précédemment : une ophthalmie traumatique violente envahit la cornée et l'iris ; elle produit secondairement une affection de l'autre œil, également phlegmasique, une sorte de congestion inflammatoire subaiguë avec production plastique, qui compromet d'une manière presque complète la vision. La présence d'une opacité légère de la cornée pourrait d'abord jeter quelque doute sur l'origine sympathique des désordres observés dans l'œil gauche ; peut-être serait-on tenté de croire qu'il y a eu succession fortuite d'une inflammation traumatique à droite et d'une ophthalmie spontanée à gauche. Celle-ci ne serait, dans cette hypothèse, que la récidive d'une maladie ancienne, dont l'existence antérieure est accusée par la présence d'un néphélion... ; mais l'examen approfondi de l'observation rend une pareille interprétation inadmissible. En effet : 1° n'oublions pas que l'ophthalmie dont cette opacité légère de la cornée était le vestige et comme la cicatrice, remontait à la première enfance et que la malade était âgée de 45 ans ; une récidive n'est guère admissible après un aussi long espace de temps ; 2° l'affection sympathique de l'œil gauche consistait en une congestion chronique des membranes avec production pseudo-membraneuse ; or ces caractères s'éloignent notablement de ceux que l'on constate dans l'ophthalmie lymphatique dont le néphélion paraissait être la trace.

Ces considérations, jointes à l'absence, chez cette fille, de toute cause appréciable ayant agi sur l'œil gauche, de manière à y développer une inflammation, nous font attacher une importance d'autant plus grande à la sympathie oculaire dans l'étiologie de l'ophthalmie consécutive. Ce n'est pas à dire qu'il faille rejeter cependant le concours de toutes les autres causes ; ainsi l'exercice plus considérable de l'œil épargné par le traumatisme peut avoir contribué à ce fâcheux résultat ; on peut admettre de plus que la cause diathésique qui a présidé pendant l'enfance au développement de l'inflammation cornéale n'est pas restée entièrement étrangère à la phleg-

masie secondaire survenue dans l'œil gauche. Mais le concours de ces causes ne détruit pas la valeur de celle que nous essayons de faire ressortir, et, pour être partagée, l'influence de la sympathie ne nous paraît pas moins réelle.

Obs. XXIII. — *Blessure de l'œil* gauche, *suivie de cataracte; cataracte de l'œil* droit, *opération; guérison.*

S..., 49 ans, cultivateur-métayer à Saint-André de Cubzac, ne compte pas de cataracté dans sa famille, n'a jamais eu auparavant d'affection des yeux. En février 1855, en taillant la vigne, il reçut un coup de sarment sur l'œil gauche; la commotion fut tellement forte et la douleur si vive que cet homme, malgré la vigueur de sa constitution, fut sur le point de s'évanouir; il ne put rentrer chez lui qu'avec l'aide d'un bâton; une hémorrhagie légère, produite au moment même de l'accident, se calma par l'application de réfrigérants; mais, pendant plusieurs jours, une douleur sourde ressentie dans le globe oculaire força S... à suspendre tout travail; quinze à vingt jours après, le cristallin était opaque.

A la suite de cette blessure, cinq mois plus tard (juin 1855), l'œil *droit* s'affaiblit notablement, et une cataracte s'y développe également.

Le 11 juin 1857, plus de deux ans après l'accident, on constate : dans l'œil gauche, une opacité déjà fort avancée du cristallin; dans l'œil *droit*, une cataracte striée ou radiée à forme des plus régulières, *plus complète* qu'à gauche, et s'opposant entièrement au passage de la lumière, tandis que l'œil gauche conserve encore assez de vision pour permettre à S... de vaquer à ses affaires.

Le 8 décembre de la même année, suivant le désir exprimé par le malade, M. Dubois opère la cataracte de l'œil droit, le cristallin est broyé, la pupille devient assez nette.

Le 9, une imprudence commise par le malade donne lieu à une violente inflammation; la pupille est devenue trouble, l'iris tomenteux; douleurs circumorbitaires vives, incessantes. (15 sangsues au devant de l'oreille, frictions mercurielles, belladone.) Le malade se refuse à l'application des sangsues au devant de l'oreille; elles ont été posées à l'anus.

Le 10, le trouble pupillaire a augmenté; il existe un hypopyon assez considérable, l'iris est décoloré, l'œil rouge et larmoyant. — L'iritis est combattue par l'application de 12 sangsues au devant de l'oreille, un purgatif; soufre doré d'antimoine et calomel à dose altérante.

Le 13, amélioration très-grande.

Dès le 16, c'est-à-dire huit jours après l'opération, S... veut absolument retourner chez lui; les conséquences de ce départ précipité, dans des circonstances si dangereuses, ne tardent pas à se manifester.

Le 20, une nouvelle inflammation survient. (Prescription par lettre : Répéter l'émission sanguine ; antiphlogistiques ci-dessus indiqués, applications réitérées de petits vésicatoires volants promenés sur le front, la tempe, devant et derrière l'oreille.) Le malade se soumet heureusement à ce nouveau traitement.

Le 8 janvier, revenu à Bordeaux, il se présente chez le chirurgien, qui craignait de voir l'œil complétement perdu, ou au moins d'y trouver des adhérences ou des épanchements plastiques tels qu'ils devaient compromettre le succès déjà si douteux de l'opération ; mais il en est tout autrement : la pupille est un peu déformée, mais parfaitement nette ; l'hypopyon a disparu sans trace, l'iris est normal, la vision bonne ; il existe encore une légère injection de la conjonctive oculaire; on peut espérer que ce résultat s'améliorera encore par la suite ; quant à l'œil gauche, la vision y baisse de jour en jour.

Résumons en quelques mots cette observation remarquable : commotion de l'œil gauche, cataracte ; et à la suite, production dans l'œil droit d'une altération semblable qui se développe plus rapidement que dans l'œil blessé et y compromet plus complétement la vision. Sous ce rapport, il y a un rapprochement à faire entre cette observation et les observations VII et XX : dans tous ces cas, la lésion directe, celle qui est le résultat du traumatisme, est dépassée en intensité par le désordre consécutif. Est-ce à la sympathie oculaire plutôt qu'à toute autre cause qu'il faut attribuer la production d'une cataracte de l'œil droit? La réponse à cette question ne nous paraît pas douteuse quand on considère qu'il s'agit d'un homme âgé à peine de 50 ans, qui ne compte pas de cataracté parmi les membres de sa famille, qui n'a jamais souffert des yeux, chez lequel enfin la commotion directe de l'œil gauche est suivie, dans l'espace d'une vingtaine de jours, de cataracte du côté blessé, et au bout de cinq mois, dans l'œil sain jusqu'alors. Quelles hypothèses, si ingénieuses qu'elles puissent être, seraient assez fortes pour faire nier l'étiologie fondée sur cet enchaînement de phénomènes? Cependant, tout en proclamant l'intervention de la sympathie comme la cause

essentielle et principale, nous sommes loin de nier qu'il ait existé en outre chez ce malade une certaine prédisposition particulière à la cataracte; peut-être le consensus oculaire n'a-t-il fait que hâter la manifestation d'une maladie qui sans lui se fût développée à un âge beaucoup plus avancé. Mais ce sont là de simples suppositions.

Obs. XXIV. — *Blessure de l'œil* gauche; *amaurose et cataracte à* droite.

B..., 57 ans, gardeur de bestiaux, reçoit un coup de corne de vache dans l'œil gauche (c'était une corne désarmée, c'est-à-dire qu'on en avait émoussé et arrondi l'extrémité); il en résulte une commotion dont les désordres suivants feront apprécier la violence: l'iris est déchiré de bas en haut, et son grand cercle détaché dans toute sa moitié interne; un épanchement de sang considérable remplit la chambre antérieure. Il survient aussitôt une ophthalmie intense, traitée pendant plusieurs jours par de simples applications d'eau fraîche. Presque en même temps, le malade se plaint de l'affaiblissement singulier qu'il éprouve dans l'œil droit; il y accuse une douleur sourde, et sans cesse il est tourmenté par la vision d'étincelle de feu (photopsie); l'iris est décoloré, la pupille légèrement dilatée et déformée. L'examen, à l'aide de la loupe et avec le miroir de Jæger et de Desmarres, permet de constater sur le cristallin l'existence de nombreux points opaques ressemblant à des stries fines. (20 sangsues au devant de l'oreille gauche, purgatifs, frictions mercurielles, pédiluve, calomel à dose altérante.) L'emploi persévérant de ces moyens est suivi d'une amélioration notable dans l'état de l'œil gauche. L'iris, quoique lacéré, reprend dans certains points sa coloration normale. Sous l'influence des vésicatoires volants promenés autour des orbites, l'hypoema se résorbe, et le malade commence non-seulement à percevoir l'impression de la lumière, mais encore à distinguer les gros objets placés près de lui. De nouveaux dérivatifs, quelques évacuants, achèvent cette amélioration, et enfin B... en vient à pouvoir se conduire à l'aide de cet œil si gravement blessé.

Pour l'œil *droit*, les choses se passent tout autrement: il s'affaiblit chaque jour davantage; la douleur disparaît, il est vrai, mais le travail morbide continue manifestement; de gros vaisseaux variqueux, d'un rouge sombre, traversent l'œil horizontalement, et s'arrêtent à quelques millimètres de la cornée; l'iris est décoloré, son bord est comme frangé; la pupille devient énorme; sa figure transversalement ovalaire; une cataracte complète molle, et comme spongieuse, occupe le cristallin, dont le volume est tellement augmenté, qu'il repousse l'iris

décoloré et altéré dans sa texture, et que la chambre antérieure est réduite au tiers environ de sa capacité. Peu à peu la vision s'éteint, et l'amblyopie, jointe à la cataracte, rend l'œil *droit* presque entièrement insensible à la lumière. L'emploi répété de moyens dérivatifs n'empêche pas cet état de persister pendant de longs mois sans aucune modification.

21 octobre 1857. Malgré les chances défavorables d'une opération entreprise dans de semblables conditions sur un œil dont l'aspect rappelle celui de l'amaurose congestive avancée ou du glaucome, M. Dubois cède cependant aux instances du malade. Il l'opère par abaissement en masse du cristallin; la capsule est lacérée en tous sens; après quelques minutes de repos, il s'assure que le malade distingue assez bien de gros objets, mais il les voit un peu colorés en rouge. — Pédiluves, repos absolu.

Le 23. L'injection conjonctivale semble avoir augmenté; cependant aucune douleur dans l'œil. — Sinapismes, purgatifs.

Le 30. Le malade qui habite les environs de Bordeaux, tourmenté par le désir de revoir son pays, s'y rend neuf jours après l'opération.

Il revient le 23 novembre. A ce moment, la pupille, dont la dilatation a augmenté, présente une teinte gris sale; l'injection vasculaire est restée la même; il n'y a pas eu d'inflammation manifeste au dire du malade, mais la vision a notablement diminué dans l'œil *droit;* elle y est presque abolie. De nombreux vésicatoires autour de l'orbite, des purgatifs, le repos le plus absolu, tout échoue, et quinze jours après, la cécité est complète.

La relation de ce fait lamentable nous paraît pleine d'enseignement : on y suit avec une singulière netteté les effets de la sympathie oculaire dans toutes leurs phases successives, depuis le simple affaiblissement de la vue dans l'œil gauche, phénomène presque contemporain de l'ophthalmie traumatique, jusqu'à la production d'une cataracte et d'une amaurose complète. On y trouve, en outre, un exemple remarquable de la prédominance au moins temporaire des accidents sympathiques sur les accidents immédiats dont ils dérivent (comparez les observations VII, XX, et XXIII).

Enfin la rapidité avec laquelle, le consensus oculaire aidant, une blessure de l'un des yeux entraîne la cécité double et complète, et cela en dépit du traitement le plus énergique, est un dernier fait qu'il est aussi important de connaître qu'il est triste de le constater.

MARCHE DES ACCIDENTS SYMPATHIQUES.

Dans les observations précédentes, on voit le trouble sympathique de l'œil opposé à celui qui est le siége d'un traumatisme violent, se manifester à des époques variables : tantôt le jour même de l'accident, ou dans les jours qui suivent, tantôt plusieurs semaines ou plusieurs mois après. Mackenzie, qui donne un délai de cinq semaines comme la moyenne de ses observations, indique cependant des cas où les accidents ne débutent que cinq ans après le traumatisme ! Nous avions d'abord l'idée de faire une sorte de statistique à ce sujet, afin d'établir les délais minima et maxima dans lesquels se montrent les phénomènes en question ; un semblable travail n'eût pas manqué, ce nous semble, d'un certain intérêt pratique. Ce qui nous en a détourné, c'est le peu de fonds qu'il convient généralement de faire sur le récit des malades ; c'est surtout la facilité avec laquelle des symptômes légers leur échappent, et cela d'autant plus aisément qu'ils sont déjà sous le coup d'un traumatisme grave. Nous ferons seulement observer que parmi nos malades, ceux dont l'intelligence était développée et les souvenirs précis, ont souvent fait remonter le premier accident sympathique soit à l'époque même où ils ont reçu un coup sur l'œil, soit au moment où l'inflammation traumatique a débuté (obs. III, IV, VI, VII, VIII, X, XVII, XVIII, XIX, XX, XXII, XXIV).

Après s'être manifestée sous la forme la plus légère (épiphora, asthénopie, ophthalmodynie, photopsie), la sympathie peut cesser d'agir, et cela d'une manière définitive (obs. I, II, III, XX, XXIII). D'autres fois, après avoir paru se calmer, les accidents reparaissent plus tard et même après un long intervalle (obs. XVII, XVIII, XXIII, XXIV), plus graves, plus persistants que la première fois, et trop souvent incurables. Mais il arrive le plus fréquemment qu'une fois survenus, il ne font que s'accroître de plus en plus, et que la maladie sympathique poursuit dans sa marche continue, avec des rémissions

à peine sensibles, la destruction de l'organe. L'observation XXIV est un des plus frappants exemples de cette progression incessante dans l'intensité et la gravité des phénomènes sympathiques.

Existe-t-il un ordre habituel, un enchaînement prévu dans la successsion de ces accidents? M. Mackenzie en fait la description suivante.

«Les symptômes locaux de l'ophthalmie sympathique sont ceux d'une iritis qui finit rapidement par l'amaurose et l'atrophie. Premier symptôme: obscurcissement de la vue; rougeur zonulaire autour de la cornée; coloration vert sombre de l'iris; flexibilité de la cornée; flaccidité de la sclérotique; opacité de la capsule; état verdâtre du cristallin; insensibilité totale de la rétine; douleur tantôt légère, tantôt violente; photopsie; intolérance ou non de la lumière; diminution du globe et surtout de la cornée.

Cette description, très-fidèle quand il s'agit de l'*ophthalmitis* sympathique, cesse de l'être quand, au lieu d'envisager les seuls états inflammatoires, on considère dans leur généralité toutes les manifestations de la sympathie oculaire, qu'elles soient phlegmasiques, ou congestives, ou nerveuses, peu importe. En adoptant ce point de vue que nous croyons meilleur, il arrive que l'on se trouve en présence de lésions très-diverses, et occupant des tissus différents; il en résulte que la marche du travail morbide ne sarait être résumée par aucune formule générale, puisque celle-ci varie tout d'abord considérablement suivant le siége de la manifestation morbide. A peine est-il nécessaire d'ajouter que le mode de progresssion des accidents n'est pas moins profondément modifié par la disposition individuelle et une foule de circonstances accessoires, par l'opportunité et l'énergie du traitement employé, etc.

Il est cependant une remarque que nous croyons important de consigner ici. Si, d'une part, on est frappé de la rapidité avec laquelle, dans certains cas, les désordres sympathiques se développent, dans d'autres, cette évolution est remarquable par une certaine lenteur. Il serait peut-être plus exact de dire que, même dans sa

marche la plus rapide, cette évolution est toujours graduelle. La promptitude avec laquelle se forme la cataracte dans les observations XXI, XXII, XXIV, est de nature à donner l'éveil à l'esprit le moins prévenu sur l'existence d'une cause spéciale, différente de celles qui, dans les circonstances ordinaires, président à la production des opacités cristalliniennes : il en est de même de l'amaurose simple ou compliquée dans les observations VII, XVIII, XXIV ; mais dans toutes, on remarque cependant cette particularité que l'affaiblissement de la vue s'est accru par degrés insensibles, et souvent après des interruptions plus ou moins longues, avant d'arriver à la cécité complète. Ce mode de développement peut devenir un élément de diagnostic, et par cela seul qu'on l'aura bien constaté, on pourra, dans certains cas difficiles et complexes, rejeter comme invraisemblable la supposition d'une amaurose hystérique, nerveuse, l'idée d'une amaurose congestive aiguë, comme celle qui suit l'insolation, etc.

ÉTIOLOGIE.

La désignation de *sympathique* qui figure dans l'énoncé même de notre sujet semble contenir toute l'étiologie des affections dont nous présentons le tableau ; et ce mot est de ceux qui paraissent propres à faire reléguer les causes des maladies dans les régions de l'inconnu, et à décourager toute recherche pratique. Cependant il est possible, en prenant pour point de départ l'observation attentive des faits, d'arriver à saisir quelques-unes des conditions qui concourent à la production de ces phénomènes si mystérieux en apparence.

Les quelques remarques que nous avons à présenter au sujet de l'étiologie sont relatives : 1° aux causes prédisposantes, 2° aux causes déterminantes, 5° à la cause prochaine.

Causes prédisposantes. Puisqu'on voit souvent le traumatisme de l'un des yeux et l'inflammation qui en résulte n'exercer aucune

influence sur l'état de l'autre œil ; puisque dans tel cas, au contraire, le même traumatisme et quelquefois une violence infiniment moindre déterminent des affections secondaires plus ou moins graves, force est bien de reconnaître l'existence de quelque prédisposition particulière. Mais, il faut bien le dire, la constitution forte ou faible, le tempérament sanguin ou nerveux, ne paraissent avoir, sous ce rapport, aucune influence bien manifeste; les conditions atmosphériques, pas davantage. Il n'en est pas de même de l'âge des sujets : les très-jeunes enfants possèdent jusqu'à un certain point une sorte d'immunité à l'égard des désordres oculaires sympathiques, et nous pourrions citer des exemples en assez grand nombre de blessures de l'un des yeux, suivies de violentes ophthalmies, sans que l'autre œil se fût ressenti le moins du monde de ce traumatisme. Mais nous savons combien des faits négatifs ont une faible valeur, à moins que leur proportion à l'égard des faits positifs ne soit établie par des recherches statistiques fort étendues; aussi nous abstiendrons-nous de reproduire ces observations. Il serait facile de leur en opposer d'autres, semblables à ceux que cite Mackenzie, d'ophthalmitis sympathique chez des enfants en bas âge ; on pourrait de plus objecter que les faits négatifs ne manquent pas non plus chez l'adulte, et on alléguerait avec raison que, grâce au ciel, tous ceux que le traumatisme a fait borgnes ne sont pas condamnés à devenir aveugles par sympathie ! Nous n'en pensons pas moins que les accidents sympathiques dont il s'agit sont *plus rares* dans l'enfance que chez les adultes.

Chez la plupart de nos malades, il n'avait existé, antérieurement au traumatisme, aucune affection des yeux. Si des ophthalmies avaient été notées dans les antécédents des blessés, il eût été sans doute permis d'y voir des indices d'une prédisposition déjà *éprouvée* par des manifestations antérieures, et l'on eût pu admettre qu'elle venait compliquer l'influence sympathique et conspirer avec elle pour la production des ophthalmies, des amauroses, des cataractes dans l'œil épargné par le traumatisme ; mais cette hypothèse

ne peut guère être admise que pour la femme de l'obs. XXII, qui portait à l'œil gauche un néphélion, vestige d'une ancienne ophthalmie, de nature probablement lymphatique.

Si nous savons peu de chose sur la cause en vertu de laquelle certains individus, à l'inverse de certains autres, subissent les effets sympathiques du traumatisme oculaire, nous ignorons complétement comment il se fait que cette influence produit chez celui-ci une congestion, et chez celui-là une inflammation violente, une cataracte, etc.; cet autre mode de prédisposition, qui de l'organisme semble descendre aux organes, n'est pas moins nécessaire, et il n'est pas mieux connu. La seule conclusion générale à laquelle nous autorise la comparaison des faits consignés dans ce travail, c'est que la cataracte secondaire paraît plus fréquente passé l'âge moyen de la vie. A part ce fait, il ne nous resterait à énoncer que les conjectures stériles sur la disposition aux maladies congestives, aux affections des nerfs, etc.

Causes efficientes et occasionnelles. La cause par excellence, celle qui, avec le concours sous-entendu d'une prédisposition originelle ou acquise, produit les affections sympathiques de l'œil, c'est le traumatisme de l'autre œil, la commotion, la déchirure de cet organe. Sous ce rapport, les plaies pénétrantes, les plaies de la cornée et de l'iris par instruments piquants et contondants, doivent être notées comme particulièrement funestes. Il est digne de remarque que, dans toutes nos observations, un travail inflammatoire, tantôt aigu, violent et destructeur des membranes oculaires, tantôt chronique et comme latent (voyez les observations X, XI, XV, XVII), a été comme l'intermédiaire obligé entre le traumatisme de l'un des yeux et l'affection sympathique de l'autre; mais cette observation perd de sa valeur, quand on songe qu'il n'est guère possible qu'un organe aussi délicat que le globe oculaire subisse un traumatisme quelque peu intense, sans qu'il s'ensuive un travail phlegmasique grave; et il est évident que ces deux éléments étiologiques se confondent. Tou-

tefois, chez quelques sujets, nous avons vu la sympathie oculaire éclater non pas au moment de la commotion ou de la déchirure des membranes de l'œil, mais bien distinctement à l'époque où l'inflammation traumatique a pris une grande extension.

Tout en mettant en première ligne l'influence de la cause vulnérante et des désordres phlegmasiques qu'elle provoque, on ne saurait logiquement nier l'intervention, dans plus d'un cas, d'autres circonstances adventives qui jouent le rôle de causes occasionnelles : le froid, la fatigue, surtout le travail des yeux, l'impression d'une vive lumière ; toutes ces causes d'ophthalmies, de cataracte, d'amaurose, auront d'autant plus d'efficacité qu'elles agiront sur un œil mieux disposé à ressentir leur action. Nous ne croyons pas devoir insister plus longuement sur ce point; en revanche, il nous semble utile de réfuter l'erreur qui consiste à attribuer les accidents sympathiques à cette circonstance, que l'œil resté sain subit un travail excessif, forcé, incompatible à la longue avec la conservation de l'état normal; ce que les anciens eussent exprimé, en disant qu'il y avait dans cet œil trop-plein d'*esprits visuels*. Les observations rapportées dans cette thèse contiennent assez d'arguments pour réduire à néant une semblable allégation : 1° elles ont été recueillies, pour la plupart, sur des individus qui n'abusaient pas de la lecture, des travaux qui exigent une grande application des yeux; 2° elles nous montrent le début des phénomènes sympathiques trop rapproché du moment de la blessure, pour que les malades condamnés à un repos absolu eussent pu même songer à se livrer à un travail de quelque genre que ce soit; 3° elles contrastent, d'une manière frappante, avec celles si nombreuses d'autres individus qui, ayant perdu la vision d'un œil par suite d'une ophthalmie scrofuleuse, blennorrhagique ou autre, imposent à l'œil qui leur reste une activité excessive, et cela sans grand dommage, sans qu'il en résulte surtout rien de comparable aux promptes et terribles conséquences de la sympathie que le traumatisme fait naître. On ne peut donc prétendre expliquer par la fatigue de l'œil sain les faits dus à la sympathie;

mais il faut cependant reconnaître qu'étant doué d'une excitabilité excessive, et placé dans un état d'imminence morbide, sinon déjà sérieusement malade, cet œil ne pourra que s'affecter plus sûrement et plus rapidement par l'effet d'une activité imprudente.

Cause prochaine. La question de savoir par quel mécanisme l'œil se prend à l'occasion d'une maladie qui frappe son congénère n'est pas facile à résoudre ; et cependant, si elle pouvait l'être, il en résulterait une vue plus claire de la pathologie des affections oculaires sympathiques et de la thérapeutique qu'elles réclament.

Laissant de côté l'hypothèse d'une vitalité qui s'exagère en se concentrant sur un seul organe, au lieu de se reporter sur deux (les raisons indiquées tout à l'heure ôteraient au besoin toute vraisemblance à cette explication métaphysique), nous ne trouvons plus en présence que deux théories :

1° Si l'on voit dans l'un des yeux se reproduire la maladie de l'autre, c'est qu'il est composé des mêmes éléments anatomiques ;

2° Les sympathies morbides des deux yeux sont dues aux nerfs qui s'y distribuent.

I. La première de ces idées n'a peut-être jamais été formulée, mais on la trouve plus ou moins explicitement indiquée dans quelques auteurs : ainsi Mackenzie, qui cependant, comme nous le verrons plus loin, a largement sacrifié à l'autre opinion, admet une sorte de sympathie de tissu, et pousse même jusqu'à l'abus les conséquences du principe, en citant comme un exemple de sympathie le fait suivant :

« Une petite fille était affectée de trichiasis, de sclérome de la conjonctive palpébrale, d'épaississement et d'opacité de la cornée. Pendant plusieurs années, les symptômes furent limités à l'œil gauche, et l'œil droit resta parfaitement sain. Mais peu à peu la même série de symptômes commença à se développer dans l'œil droit, seulement à un faible degré. Les cils correspondants se renversèrent en dedans ; la partie correspondante de la cornée devint sèche, et la portion correspondante de la cornée devint opaque. »

De même l'article *Iritis sympathique* et le chapitre *Iritis* du livre de M. Nélaton contiennent en germe la même théorie, puisqu'on y lit :

« L'*iritis* sympathique... paraît avoir pour point de départ l'*iris* lui-même... survient ordinairement après une blessure grave de l'iris de l'œil opposé... L'accident survenu à l'un des yeux, ayant ordinairement intéressé l'*iris*, le *cercle ciliaire*, la *sclérotique*, etc., a rendu cet œil impropre à la vision. L'ophthalmie qui se développe sur l'œil opposé par une sorte de sympathie a pour résultat ordinaire d'amener la perte de cet organe. »

On remarquera quelle importance est accordée dans ce passage, et cela fort arbitrairement selon nous, à l'*iris* de l'œil blessé et à l'*iris* de l'œil atteint sympathiquement.

Nous ne nions pas qu'il existe plus d'une maladie dans laquelle on voit s'affecter simultanément plusieurs organes semblables par leur composition anatomique, et nous savons quelles applications fécondes ont été faites de l'idée des systèmes générateurs de Bichat, depuis Pinel jusqu'à M. Bouillaud. Ce que nous contestons, c'est qu'on puisse en tirer grand parti par la pathogénie des affections sympathiques des yeux.

En effet, 1° lorsque plusieurs organes semblables ou analogues par leurs éléments constituants s'affectent à la fois, c'est presque toujours sous l'influence d'une cause générale, soit interne, soit externe; et pour ne pas sortir de notre sujet, l'on conçoit que les deux yeux subissent simultanément une inflammation catarrhale ou scrofuleuse ; il n'y a pas alors sympathie dans le sens réel de ce mot : ce n'est pas une première modification organique qui devient à son tour la cause d'une modification consécutive dans un point éloigné de l'économie; il y a simplement coïncidence, simultanéité d'affection. Or rien n'est moins opposé à une influence de ce genre que celle d'une lésion traumatique.

2° Même en dehors de ces arguments et de quelques autres dont le développement nous entraînerait trop loin, les faits ne sont

guère favorables à cette théorie de la sympathie de tissu. Si telle était la raison des accidents décrits plus haut, ne devrait-on pas voir la conjonctive, la cornée, l'iris, le cristallin, la rétine, se prendre isolément dans l'œil droit quand les mêmes parties ont été lésées dans l'œil gauche? Eh bien! dans nos observations on voit des inflammations de la cornée et de l'iris, des cataractes dans l'un des yeux, être suivies de simple amaurose dans l'autre, sans que les membranes indiquées ou le cristallin soient le moins du monde atteints; ce qui nous autorise à ne pas attacher une grande importance à la coïncidence d'une iritis avec une iritis, d'une cataracte avec une cataracte.

3° Les lésions sympathiques étant presque toutes le résultat d'un état congestif ou inflammatoire de l'œil, quoi d'étonnant à ce que l'hyperémie entraîne d'un côté comme de l'autre des altérations de texture analogues ou même identiques? Certainement, si l'organisation des deux yeux n'était pas semblable, cet effet n'aurait pas lieu; mais cette similitude ne peut expliquer que l'analogie dans les *effets* d'un même travail morbide, et la *cause* de celui-ci est forcément ailleurs que dans cette similitude même.

II. L'existence du chiasma contenant des fibres croisées, et, selon quelques-uns, des fibres communes aux deux nerfs optiques, le fait physiologique d'une sensation simple avec un organe double, suggèrent naturellement l'idée que la sympathie morbide des deux yeux, comme leur consensus à l'état normal, a pour agent les nerfs de la deuxième paire. Mais il y a loin de cette indication d'un lien entre l'œil droit et l'œil gauche à la démonstration clinique ou expérimentale du mécanisme en vertu duquel l'un de ces organes reproduit les états pathologiques de l'autre.

Pour nous en tenir à ceux qui résultent d'une lésion traumatique, voici, d'après Makenzie, comment les choses se passent : de l'œil blessé, l'inflammation se propage au nerf optique correspondant, et de proche en proche elle envahit le chiasma, puis le nerf optique, et enfin l'œil du côté opposé. La manifestation tardive de l'ophthal-

mitis sympathique, l'atteinte subie d'emblée par les membranes internes de l'œil, la douleur profonde accusée par les malades dans l'orbite, sont autant de preuves à l'appui de cette ingénieuse théorie. Nous la reconnaissons pour exacte quant aux faits que le célèbre ophthalmologiste a seuls en vue; mais nous ne saurions y trouver la raison de toutes les affections sympathiques si diverses dont nos observations contiennent des exemples :

Premièrement. Ici, comme à l'occasion de la marche des accidents, nous sommes obligé de rappeler que les congestions et les inflammations constituent seulement la majorité et non la totalité des affections que la sympathie oculaire peut produire; de sorte que ce qui est vrai des uns peut n'être pas exact pour les autres. Ainsi quand il n'existe qu'une simple faiblesse de la vue, comme dans l'observation III, *sans aucun phénomène concomitant d'inflammation,* disparaissant d'elle-même au bout de quelques jours, peut-on raisonnablement l'attribuer à une phlegmasie ou à une congestion des nerfs optiques? Il nous semble qu'il y aurait là une double invraisemblance : disproportion entre une cause très-grave et un effet médiocrement intense, désaccord au point de vue de la nature entre le premier phénomène et celui qu'on veut y subordonner.

Deuxièmement. L'apparition tardive des accidents sympathiques est loin d'être un fait constant; une observation exacte montre que leur invasion suit quelquefois de très-près la blessure qui en est le point de départ; or si l'extension du travail inflammatoire de l'un des nerfs optiques à l'autre exige toujours un temps assez long, il paraîtra difficile d'y rattacher ces phénomènes *précoces* d'épiphora, de photophobie, de photopsie, etc., que nous avons tant de fois mentionnés.

Troisièmement. La facilité avec laquelle dans certains cas ces premiers phénomènes disparaissent pour récidiver, ou même pour ne

plus reparaître plus tard, n'est-elle pas embarrassante pour l'hypothèse d'une phlegmasie des nerfs optiques, et ne cadre-t-elle pas mieux avec l'idée d'une excitation *sympathique* dans le sens véritable de ce mot?

Nous sentons fort bien que les objections qui précèdent ne sont pas sans réplique; mais plus nous méditons cette question ardue du consensus oculaire morbide, moins il nous semble rationnel de le fonder exclusivement sur le fait de la phlegmasie propagée le long des nerfs optiques. Bien plus, il y a lieu de se demander si les nerfs optiques en sont les seuls agents possibles. Les nerfs ciliaires fournis par le trijumeau, les nerfs vaso-moteurs émanés du ganglion ophthalmique, doivent-ils être exclus de toute participation à ces actions consensuelles? Les conditions où le traumatisme place les premiers ne sont-elles pas capables de retentir par action réflexe dans l'œil sain et d'en altérer diversement la sensibilité générale? L'état morbide des filets du grand sympathique doit-il être négligé, lorsqu'on veut apprécier les changements que l'œil opposé à la lésion traumatique éprouve quant à la circulation et la nutrition des tissus? Nous ne le pensons pas. Car enfin, si l'on accorde qu'en l'absence d'une inflammation étendue de l'un des yeux à l'autre, les nerfs optiques puissent fonctionnellement réagir l'un sur l'autre, cette simple concession suffit pour faire admettre au même titre la réaction d'un côté à l'autre et des nerfs sensitifs (cinquième paire), et des nerfs vaso-moteurs (grand sympathique); puisqu'il n'est pas dans l'économie un seul nerf auquel on puisse dénier le pouvoir d'agir, à travers les centres, sur le nerf correspondant du côté opposé du corps.

En résumé, nous admettons comme réelle, dans un grand nombre de cas, la propagation des lésions inflammatoires, à partir de l'œil blessé, suivant le trajet des nerfs optiques, d'où résulte l'affection de l'œil opposé; mais nous ne pouvons nous persuader que celle-ci ne puisse pas se produire autrement qu'à la suite d'une altération

matérielle aussi étendue et aussi grave. Nous pensons que pour certains cas il faut reconnaître l'existence d'une action sympathique véritable, exercée par l'un des yeux sur l'autre, soit par l'intermédiaire des nerfs optiques, soit à l'aide d'autres nerfs oculaires.

C'est là tout ce que nous voulions établir, laissant à de plus habiles le soin et l'honneur de débrouiller cette intéressante question de physiologie pathologique.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT.

Il est impossible de n'être pas frappé de la gravité des lésions sympathiques de l'œil à la suite d'un traumatisme ; la phlegmasie sourde qui se développe dans le plus grand nombre des cas compromet promptement les fonctions visuelles dans le seul organe où elle était conservée. On comprend du reste que l'épiphora, la fatigue oculaire, l'ophthalmodynie, et d'autres phénomènes sympathiques, qui sont tout à la fois les moins intenses et les plus précoces dans leur apparition, offrent de meilleures chances que les symptômes généralement plus tardifs, dénotant une altération soit des milieux de l'œil, soit surtout des membranes internes. C'est par la nature différente des lésions sympathiques qu'on peut se rendre compte des opinions quelque peu contradictoires émises par les chirurgiens anglais au sujet du pronostic de ces maladies. — L'amaurose est presque toujours au bout ; cette pensée doit être sans cesse présente à l'esprit du praticien, elle le mettra en garde contre les hésitations et les demi-moyens, qui ne valent guère mieux que l'expectation. C'est au début surtout que l'on peut espérer enrayer la marche de ces accidents au moyen d'un traitement convenable ; trop souvent la thérapeutique la plus rationnelle échoue, quand, par la négligence du malade ou du médecin, ce moment opportun est passé, et qu'on se trouve en présence d'une de ces affections insidieuses, parfois si rapides dans leur marche.

Quant aux moyens à mettre en usage, il nous paraîtrait hors de

propos d'en faire ici l'énumération complète : c'est le traitement des ophthalmies qu'il faut instituer (repos, antiphlogistiques, antispasmodiques, révulsifs, altérants) ; mais nous ne saurions trop redire combien il importe de l'appliquer avec énergie et avec persévérance, sous peine de voir s'établir une cécité incurable, trop heureux si l'on pouvait toujours éviter ce malheur, même dans les cas qui paraissent les moins défavorables!

L'œil blessé, point de départ des accidents sympathiques, mérite en outre une attention toute particulière.

Nous n'avons rien à dire touchant la thérapeutique du traumatisme lui-même; mais nous ne pouvons nous dispenser d'insister sur l'indication formelle d'extraire les corps étrangers lorsqu'il en a pénétré dans l'œil, et sur l'opportunité de pratiquer l'ablation de la cornée, dans ce but ou même dans celui de modérer l'inflammation traumatique. Lorsque cette inflammation, réduite à une moindre intensité, ne paraît cependant pas complétement éteinte, il y aura indication urgente de la combattre ; car, si la vision n'y est pas encore perdue, le travail phlegmasique abandonné à lui-même achèvera presque infailliblement de l'abolir, et de plus, pourra avoir un fâcheux retentissement sur l'autre œil. Quand la vue est perdue du côté blessé, et qu'il n'y a plus lieu de redouter les conséquences de l'inflammation traumatique pour l'organe où la fonction est déjà détruite, il restera toujours la crainte de voir se perdre l'œil sain.

S'il était donné au chirurgien, dans tous les cas, d'agir en temps utile et avec l'énergie nécessaire, peut-être y aurait-il moins d'exemples semblables à ceux que nous avons rapportés.

Mackenzie et Prichard, de Bristol (*Annales d'oculistique*), n'ont pas hésité à recourir à une ressource plus grave et de pratiquer l'ablation de l'œil blessé, pour mettre un terme aux accidents sympathiques entretenus par la présence prolongée de moignons oculaires plus ou moins irréguliers, à la fois inutiles et nuisibles, sorte de corps étranger ou d'*épine vivante*. Ces tentatives hardies, que l'on

peut presque assimiler à l'extraction d'un corps étranger de l'*orbite correspondant à l'œil sain*, ont été couronnées d'un plein succès, et, quoi qu'on en ait dit, elles trouveront, dans certains cas graves, des imitateurs parmi les chirurgiens les plus sages et les plus conservateurs.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Du bruit de diable observé chez les anémiques; sa théorie physique.

Chimie. — Des caractères distinctifs des sels de baryte.

Pharmacie. — Des formes pharmaceutiques sous lesquelles sont employés le cachou, le kino, et la racine de ratanhia ; établir une comparaison entre ces diverses préparations.

Histoire naturelle. — Des organes qui servent à la nutrition de la plante ; quelle part chacun d'eux prend-il dans l'accomplissement de cette fonction ?

Anatomie. — De la différence des nerfs pneumogastriques comparés entre eux à droite et à gauche.

Physiologie. — De la composition chimique et microscopique du sperme.

Pathologie interne. — De l'inflammation en général.

Pathologie externe. — Des luxations en général.

Anatomie pathologique. — Des diverses espèces de kystes du foie.

Accouchements. — Des signes de la grossesse.

Thérapeutique. — Le fer est-il toujours emménagogue ?

Médecine opératoire. — Du traitement des tumeurs érectiles.

Médecine légale. — De la distinction des blessures faites pendant la vie de celles faites après la mort.

Hygiène. — Des émanations mercurielles et de leur influence sur la santé.

Vu, bon à imprimer.

LAUGIER, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

CAYX.